# Las Enfermedades Mentales en el Perú

POR

**BALTAZAR CARAVEDO**
Médico-Director del Hospital
"Víctor Larco Herrera".

Y

**BALTAZAR CARAVEDO** (hijo)
Médico del Hospital
"Víctor Larco Herrera".

1945

5/100

# Las Enfermedades Mentales en el Perú

POR

**BALTAZAR CARAVEDO**
Médico-Director del Hospital
"Víctor Larco Herrera".

Y

**BALTAZAR CARAVEDO** (hijo).
Médico del Hospital
"Víctor Larco Herrera".

**1945**

Magdalena del Mar, Talleres Gráficos del
Hospital "Víctor Larco Herrera", 1945.

La psiquiatría, más que ningún otro campo de la medicina, tiene amplio contacto con los problemas sociales. Cada época de la historia y cada etapa de la cultura han traído aparejadas especiales modalidades de comportamiento, generando en las sociedades formas patológicas de conducta individual y colectiva. La técnica, al presente, ha dado a la cultura cierto estado de inseguridad; la inseguridad es tanto más acentuada cuanto mayor es la lucha y cuanto más duras se van tornando las formas de la estructuración social. La técnica excesiva ha traído como consecuencia un cambio en las modalidades de la conducta personal y colectiva; los hombres se sienten cada vez más inseguros dentro de sí mismos; aspiran a una solidaridad más efectiva para encontrar, dentro de las formas orgánicas de la nueva técnica, elementos que los capaciten para poder defenderse mejor de la instabilidad del presente. Este estado, que ha llevado al mundo a la guerra más tremenda, tiene como fundamento psicológico "la inseguridad organizada" al servicio de la emoción social.

Conforme ha ido haciéndose más compleja la cultura actual y a medida que han ido aumentando las necesidades de los grupos sociales los hombres han sentido la urgencia de tecnificar la vida para satisfacer y solucionar medianamente las necesidades colectivas. Esto ha dado paso a la generación indirecta de múltiples conflictos en todas las esferas de la actividad y especialmente en el alma individual. Esta complejidad existencial que ha traído tantos y tan vastos conflictos ha engendrado los más complicados problemas sociales frente a los requerimientos humanos por mejorar el standard de vida; esto ha dado paso a que se hagan cada día sacrificios enormes dentro del hombre mismo en beneficio de los otros; la individualidad ha perdido su predominio y ha dejado pasar la tendencia del valimiento en grupo como propósito de mejor defensa. Muchos no pueden resignarse a quedar supeditados a esta solidaridad de grupo y sufren hondas repercusiones en su esfera emocional, apareciendo en ellos reacciones psicológicas profundamente extrañas al sentido de la comunidad. Este permanente estado de honda tensión psicológica en que viven los individuos dentro del grupo humano han hecho que aquellos que no están lo suficientemente dotados para este tipo de vida sufran traumatismos tan grandes que los lleve a una segregación temporal o permanente del medio que los rodea. Esta segregación del mundo social, de su propio mundo, puede ser temporalmente buscada por el sujeto mismo o por los demás

en beneficio de él mismo; puede ser una segregación del grupo social de tal naturaleza que lo lleve a vivir independiente de los demás, haciendo su vida conforme a su estilo y a su sentido, engrosando las filas de los desadaptados dentro de las normas sociales presentes.

La psiquiatría, como factor comprensivo del ambiente social y, en particular, como orientadora de la conducta humana, tiene un papel de primera magnitud dentro del momento que vive el mundo y la cultura. Sin el auxilio de la psiquiatría, muchos aspectos de la conducta humana quedarían sin lograr una solución satisfactoria; merced a su profunda orientación analítica, a su actitud de gran valor sociológico, podemos hoy solucionar conflictos de repercusión colectiva. La guerra actual ha venido a demostrar cuánta verdad encierra la psiquiatría y cuánto es su valor como factor de ayuda de todos aquellos problemas sociales en que no solamente se necesita tener un criterio inclinado hacia una solución empírica sino tener igualmente un criterio dinámico, constructivo, modelador o, mejor, remodelador del alma humana que ha sufrido una profunda crisis emocional.

El viejo criterio de que la psiquiatría no era sino una rama de la medicina confinada en los asilos u hospitales ha pasado hace muchos años. La psiquiatría se yergue como la proa de la nave que busca llevar al hombre a feliz término. Mientras se pensó que los enfermos mentales no eran más que un conglomerado de individuos destinados al fracaso, mientras que no se advirtió que los conflictos psicológicos tenían su raíz en la sociedad y que ésta debía sufrir la investigación detenida de todos sus elementos para lograr una mejor adaptación, no se creyó en ella. La psiquiatría sufrió el rechazo del gran público, que sólo imaginó en sus caminos las formas más grotescas y absurdas de la llamada "locura". Cuando pudo verse que aquellos que concurrían al hospital no eran sino los fracasos profundos de la mente y que el grueso de los enfermos permanecía en la calle, generando conflictos; cuando se advirtió que no bastaba con asistir sino que era necesario prevenir, entonces se tuvo la clara convicción de que la psiquiatría era una arma de primera fuerza para combatir las condiciones psicológicas del malestar social.

Al presente, es tanta su importancia como arma de mejoramiento social que una de sus mayores preocupaciones es la de lograr la adaptación social y cultural teniendo como medio el criterio psiquiátrico. La psiquiatría es hoy una rama médica cuya orientación está dirigida hacia un dinamismo constructivo de la personalidad y de su comportamiento. Tiende a buscar un mejor entendimiento y trata de prevenir en la vida de las colectividades humanas la eclosión de conflictos en la esfera psicológica, evitando así que aumente el número de enfermos mentales. La labor dinámica y propulsora de este movimiento pertenece a la higiene mental.

---

La psiquiatría en nuestro medio ha seguido la corriente universal y ha tratado de colocarse en la encrucijada de los problemas de medicina social. El campo de la actividad médica del Perú necesita del auxilio de la psiquiatría para resolver sus problemas. El progreso alcanzado en este sector, por obra de un grupo entusiasta, es hoy día reconocido por el público. El hospital ha dejado de ser un lugar de reclusión para convertirse en un centro activo de reconstrucción de la personalidad humana. El gran público ha ido adentrándose cada vez más de la necesidad de recurrir al hospital para enfermos mentales a fin de resolver diferentes conflictos emocionales y ha visto desarrollarse una labor de ayuda que lo ha beneficiado grandemente. No tenemos sino un solo establecimiento hospitalario destinado a este objeto, que está sobrepoblado al máximo; a él concurren enfermos de toda las regiones del Perú y, conforme han ido construyéndose las carreteras y las condiciones de viabilidad han ido progresando, los enfermos han concurrido en mayor número, aumentando con esto el problema y tornándolo al presente de una agudeza de tal categoría que requiere una solución fundamental, hecha con criterio orgánico, contemplando las necesidades de las diferentes regiones de la Republica. Pertenecemos a un país de una configuración bastante complicada. Esta complicación geográfica ha hecho que los individuos en nuestro suelo difieran entre sí por una serie de rasgos físicos y mentales, aunándose a ellos los elementos raciales tan fundamentalmente heterogéneos y que no han logrado fundirse en una sola y única raza mestiza. La ausencia del mestizaje auténtico crea en las diferentes regiones del territorio conflictos latentes que palpitan en todos sus ámbitos y que impiden crear un clima mental uniforme y una conformación psicosociológica determinada. No formamos un conjunto homogéneo y tendente a una unidad espiritual, somos múltiples, dotados de las tendencias más opuestas, cuya síntesis intelectual estamos muy lejos de haberla logrado. El mestizaje, es obra de generaciones y obra de una comprensión lenta de las razas, dentro de un mismo ámbito geográfico que dé una fisonomía peculiar, característica y definida a nuestra comunidad. El tabicamiento social de nuestros grupos humanos, tabicamiento social que se traduce en múltiples concepciones de la vida y de su sentido cultural y económico, dan a cada región modalidades tan especiales que es imposible establecer un carácter netamente unitario en el sentido económico y cultural. Cada raza vive en su mundo y cada hombre dentro de una esfera cultural determinada. Poseemos todas las formas de la cultura, somos en parte europeos, en parte indígenas y, en parte negroides. Aspiramos el alma del hombre primitivo con toda sus tendencias prelógicas y sentimos sobre nosotros la influencia occidental de la cultura, a través del sentido español del cosmos.

Las formas del pensamiento que se han encontrado dentro de nuestro ámbito geográfico difieren entre sí; no existe ningún punto de contacto entre ellos y nuestras tendencias políticas nos han llevado a permanecer en un distanciamiento permanente entre ambos mundos, sin haber encontrado hasta el presente una solución mestiza a nuestro problema, que es la entraña fundamental de nuestra cuestión social. No podemos preciarnos de ser enteramente europeos ni

totalmente indígenas, no somos ni lo uno ni lo otro, somos un pueblo en pleno caos étnico, pero en un caos étnico precursor de una estructuración que rija las formas futuras de nuestro clima intelectual.

La psiquiatría tiene que buscar todas las causales en la vida social para poder comprender la forma del comportamiento colectivo; tiene que buscar cuáles son aquellas formas colectivas que generan más conflictos y cuáles son aquellas que pueden ayudar a una solución. Vivimos en un mundo completamente ficticio en este aspecto y de esta incomprensión adolecemos para entender el comportamiento del hombre indígena de nuestro medio, cuya vida, cuya esfera de cultura y cuyos intereses económicos son tan diversos a los nuestros. Hemos tabulado siempre a nuestros hombres de color con el mismo patrón de la cultura occidental incurriendo en el primer gran error sociológico y psicológico nacional. El psiquiatra tiene que buscar fundamentalmente todos aquellos elementos que configuran la vida de un hombre y de una colectividad para poder comprender su comportamiento. No todos los hombres tienen el mismo ámbito cultural, cada cual tiene un segmento del arco intencional del mundo de los valores y las colectividades dan a los aspectos de la vida individual las pautas normativas del comportamiento social.

Para comprender a una nación no basta simplemente con hallar ciertos elementos comunes dentro de la variedad de las colectividades, es necesario comprender cuáles son los elementos que conforman las diferencias sociales dentro de un conjunto social que habita un ámbito geográfico determinado. Hemos sufrido durante siglos la lucha lenta y tenaz de dos razas opuestas y ambas dotadas de un sentido muy personal de su mundo y de su civilización; cada una herméticamente cerrada a todo entendimiento de la otra y tratando a su vez de asimilar la más fuerte y la mejor dotada los elementos raciales de la cultura decadente. En nuestro suelo han chocado dos mundos distintos, dos épocas de la vida, dos etapas de la evolución humana. Nuestros habitantes primitivos han permanecido dentro de sus propios sistemas sociales, económicos y culturales, pese a los esfuerzos realizados. Nuestras comunidades producen en forma escasísima los elementos vitales que hacen surgir a una nación. Acostumbrados a un sistema especial de economía alimenticia, nuestros habitantes serranos han permanecido al margen de las inquietudes mundiales y han dejado soportar el peso de la nación sobre los hombros del grupo blanco o mestizo. La integración de nuestras masas humanas dentro de la corriente social es todavía muy escasa, permanecen en un estado de escéptica espera, aguardando los acontecimientos con el más absoluto desinterés o, mejor, con la mayor inercia. Su sistema económico basado en la comunidad, en la solidaridad del grupo, en la tribu, sentimientos estos tan viejos como la vida del hombre sobre la tierra y desde que comenzó su historia, han logrado hacer de nuestros conglomerados raciales grupos de pastores, de

agricultores o mineros, sin otro contacto con el medio exterior que las escasas transacciones comerciales por medio de los mercados en las ciudades de tránsito. De esta gran masa de hombres escapan al control del Estado millares de ellos, sujetos que no han sabido jamás cuáles son las obligaciones fundamentales de la higiene privada y pública, que desconocen los elementos educativos que sirven de base a la cultura más rudimentaria; hombres que viven enclavados dentro del mundo actual, pero pervive en ellos el alma primitiva de sus ancestros con toda la fuerza que dan los siglos de áspero batallar con la naturaleza.

La aspiración social debe partir de la comprensión del mundo psicológico colectivo de esas sociedades y para ellos la psiquiatría tiene que jugar un papel hasta ahora no sospechado dentro de nuestro medio cultural. La escasez permanente de recursos para atender a una campaña bien estructurada de integración psico-social de nuestros medios humanos ha hecho desconocer hasta el presente cuáles son las necesidades y cuáles son las proyecciones que deberían tener los intentos de acercamiento hacia estos problemas. Hasta ahora la psiquiatría no ha sido tomada en consideración para discutir los elementos fundamentales de la estructuración social en nuestro medio; ha permanecido alejada, no por ella misma, de toda discusión y de toda solución integral de nuestros conflictos humanos. No se puede aspirar a una estructuración médico-social, ni a una comprensión profunda de nuestras necesidades, mientras los elementos culturales, económicos, geográficos y raciales, no vayan aunados con el criterio psiquiátrico que aborde el problema, tanto en profundidad como en longitud. La psiquiatría, cuyas tendencias modernas la llevan hacia los campos antropológico, sociológico y geográfico, pretende encontrar las causales del malestar colectivo, a través de las incidencias de estos elementos dentro de las comunidades. Para la solución de un problema de la magnitud del nuestro no es suficiente un estudio unilateral del objeto, requiere la colaboración inteligente, amplia y comprensiva de un grupo de hombres capaces de lograr la estructuración y la formulación de un concepto integral del problema psico-social de nuestras comunidades.

La forma de comportarse, de sentir y de pensar en el alma de nuestras masas andinas, de nuestras masas selváticas y de nuestros conglomerados costeños, requiere un estudio muy detenido y en especial requieren una interpretación hasta ahora medianamente lograda. Desgraciadamente, la división integral del territorio, comprendido como una entidad biológica, contemplada como una realidad humana, estudiada como una síntesis creadora de un destino, de un fin común, no la hemos pretendido hacer porque siempre hemos tropezado con múltiples dificultades. Además, siempre se ha hecho con determinado criterio técnico, unos han contemplado el problema desde el ángulo político, otros desde un ángulo eminentemente económico, otros desde un aspecto exclusivamente racial y, otros, geográfico. Esta disparidad y

esta unilateralidad de criterios le han quitado a la visión su más profundo sentido, el sentido panorámico.

En este aspecto, la psiquiatría busca una visión panorámica del problema, porque la integridad del conjunto es indispensable para la solución de conflictos psicológicos de gran repercusión y de profunda significación colectivas. En nuestro medio tenemos tal complejidad de elementos y tan múltiples formas de vida que es necesario contemplarlas en forma parcial, aunque con parcialidad unitaria. Decimos esto porque cada región del territorio trae involucrados elementos culturales, geográficos, económicos y raciales. Es necesario, naturalmente buscar una síntesis de todos los elementos que configuran, pero es imposible una fusión actual de todos ellos. El geocosmos rara vez da soluciones, como en Suiza. Para lograr esta integración territorial más allá de los limites jurídicos, tendremos que elevar el nivel social de las comunidades.

Por eso la psiquiatría tiene un papel altamente comprensivo y no es una mera especialidad de hospital, enmurallada y estéril. Además, no es simplemente una modalidad médica absurda, tal como la pretende el vulgo, quien cree que el término psiquiatría es sinónimo de "locura", de "enajenación mental", de "alienados". Este es un criterio muy viejo que, por desgracia, prevalece entre nosotros con tremendas repercusiones sociales y arraigados prejuicios colectivos. Esta incomprensión ha hecho que la psiquiatría, que hoy es solicitada por medios más avanzados que el nuestro, sea dejada de lado en todo problema nacional. Partimos de prejuicios y de bases falsas; desechamos un medio fundamental dentro de nuestras organizaciones preventivas retardando la solución de uno de los puntos más álgidos de nuestra configuración humana.

Los problemas psiquiátricos no son solamente problemas de hospital, son fundamentalmente cuestiones de naturaleza social. En la misma forma que propendemos a la salud física de nuestros hombres, debemos propender a la higidez mental de los mismos. Mientras los pueblos sean más comprensivos de sus necesidades espirituales, mucho mayor será la fuerza de acción que se desarrolle en los mismos y sobre todo la adquisición del concepto de responsabilidad frente a la vida es mejor valorada y mejor comprendida.

El papel de la psiquiatría no está confinado simplemente al hospital, su acción es mucho más activa, pues ésta no es en sí más que la expresión reducida de los fracasos groseros de la mente. La psiquiatría hace tiempo que superó esa etapa y su esfera de acción ha sido ampliada de modo notable con la comprensión por parte del público y por parte de los elementos jurídicos de la comunidad. Hoy día esta disciplina explica el porqué de los fracasos de ciertos grupos humanos en la lucha diaria; el papel de la delincuencia y la génesis mental del delito; las causas de la vagancia; de las malas adaptaciones en la infancia y en la adolescencia; de los fracasos del hogar y de las disi-

dencias entre miembros de los grupos sociales; importancia del factor emocional en la masa; los efectos psicológicos de la guerra en los soldados y en los habitantes civiles; el papel psicológico de los padres en la gestación y en la educación; los problemas psicológicos de la escuela; la comprensión entre las generaciones; los problemas de la vejez, como problemas del grupo humano frente al acrecentamiento de la vida; los problemas psicológicos que se le plantean diariamente a la medicina, a la cirugía; los conflictos religiosos en determinada época de la vida; trata de hallar un aspecto comprensivo a los diversos comportamientos en las diferentes culturas de las múltiples colectividades tratando de explicarse ciertos elementos innatos a cada cultura, que difieren fundamentalmente unas de otras y que es indispensable valorar para tener una directiva *empática* de los elementos humanos que las conforman. El mundo ha vivido y vive con la idea errónea de que todos los grupos humanos piensan exactamente como una determinada colectividad social. Los elementos sociales de Occidente piensan que todos los grupos se hallan ligados por el mismo sistema social y por los mismos elementos espirituales. Nada más erróneo que este concepto tan simple y nada más perjudicial para llegar a tener una noción completa de los grupos culturales.

Existen elementos tan peculiares a cada colectividad que es imposible adscribirles las mismas tendencias culturales, económicas, geográficas, raciales, etc. Hay pueblos entre los que determinadas actitudes parecerían anormales para el concepto de los grupos occidentales y que; sin embargo, son enteramente normales dentro de su mundo ambiente. Incluso la noción de trastorno mental varía mucho según los diversos pueblos y según la manera que tienen de apreciar las diversas reacciones patológicas de los individuos. En algunos pueblos primitivos, los enfermos mentales son aceptados como hombres dotados de poderes especiales y son los llamados a ocupar puestos importantes dentro de su organización tribal, en tanto que otros, de acuerdo a sus criterios religiosos, rechazan en forma radical cualquier enfermo dentro de sus tribus por considerarlo maléfico. Para unos son sagrados, para otros son demoníacos; en unos son aceptados en forma pasiva, en otros son rechazados y aun exterminados. La tolerancia e intolerancia, la comprensión e incomprensión de estos hombres dentro del grupo está supeditada a los sentimientos religiosos que los animan. En muy raros casos, los enfermos mentales son considerados como elementos poderosos, esò sucede en escasísimas tribus del Pacífico. En una gran mayoría son aceptados en forma pasiva como ayudantes del grupo ecónomico. Además, al espíritu cultural del grupo se aunan los elementos constitutivos físicos y mentales de cada raza. Hay elementos étnicos de algunos pueblos cuya característica fundamental es la de ser esquizoides.

Estas características etnológicas son las que dan a los pueblos su estilo peculiar de vida y le proporcionan una fisonomía distintiva. Este es un hechò muy importante de tener en cuenta en la apreciación general de los países, pues cada pueblo tiene modalidades en sus formas de vida, por sus estructuraciones psicológicas

propias que los impulsa hacia un comportamiento que perfila el clima nacional.

Existen ciertas formas de vida cuyas características tienen gran variabilidad. Hay algunos aspectos de los grupos sociales que cambian permanentemente y cambia asimismo la manera de apreciarlos. Como muy bien lo hace notar Ruth Benedick, la conducta humana está supeditada a las características sociales del momento. Existen ciertos aspectos tan cambiantes en las relaciones humanas que, al cabo de cierto tiempo, su persistencia parece fuera de lugar o nos parecen anormales. La manera de apreciar la vida, las costumbres, los usos, las tendencias educativas, siguen un eterno cambio. Hoy no podríamos concebir en nuestra sociedad tendencias educacionales escolares y familiares de hace un siglo sin parecernos los sujetos que los ejecutasen anormales o desadaptados. Las relaciones entre los individuos, entre los grupos humanos y entre los pueblos, cambian permanentemente de curso y de orientación, pareciéndonos siempre como muy raro e incluso anormal que alguien se empeñase en seguir las normas sociales de épocas pasadas.

Igual característica ha seguido la psiquiatría. Conforme han ido los especialistas adentrando cada vez más en el espíritu humano, mayor ha sido el número de sujetos considerados como anormales o enfermos de la mente. La tendencia a analizar todas las situaciones de la esfera intelectual ha dado como consecuencia la sensación cada vez más grande de sentirse inseguros dentro de una presunta higidez mental. Las diversas corrientes psicológicas que han soplado el barco de la mente han hecho que la psiquiatría se encuentre muchas veces ahogada por la confusión creada en su torno. Algunos vieron hace siglos a los enfermos mentales, en nuestra esfera cultural, como sujetos demoníacos o poseídos de maldiciones. En otras épocas fueron considerados seres especiales, dotados de facultades maravillosas. Unos fueron condenados al suplicio y los otros fueron ensalzados por sus dones. La historia de la psiquiatría es en el fondo la historia de los prejuicios humanos; de las valoraciones sociales de la mente popular; prejuicios y valoraciones que siempre expresan en forma clara el pensamiento reinante en todas las esferas culturales de una misma época. En nada han sido más absurdos los espíritus investigadores y en nada han sido más excéntricos que en sus juicios sobre las enfermedades mentales. Así como, durante siglos, Hipócrates y Galeno fueron los maestros indiscutidos del arte de curar y sólo fueron deshechas sus obras cuando los claros espíritus del Renacimiento se desligaron de los prejuicios filosóficos del medioevo; así la psiquiatría vivió durante 19 siglos los prejuicios médicos del empirismo reinante; vieron en dicha especialidad una esfera inferior a la que era indigno dedicarse, porque la creían la más inútil y la más estéril. No se pensó hasta el pasado siglo en las inmensas relaciones que la psiquiatría tenía con la medicina en general. Por más que espíritus observadores y geniales, como Fluorens, se esforzaran en hacer comprender la gran tarea futura de la psiquiatría dentro del campo médico.

Ha sido preciso que las nuevas orientaciones de la psiquiatría incorporen dentro de sus marcos nosológicos toda la importancia que tiene el conocimiento médico integral de los enfermos mentales. La medicina, al enriquecer el campo terapéutico general, con los descubrimientos de substancias tales como las hormonas y las vitaminas, han procurado a la psiquiatría elementos de indiscutible valor. Asimismo, un mejor estudio de las substancias microbianas y de los elementos tóxicos ha dado como consecuencia una comprensión más amplia de estos elementos en relación con el sistema nervioso. La adición de substancias químicas modernas en la terapéutica general ha sido igualmente de gran ayuda en el campo psiquiátrico.

Pero, conjuntamente con estos elementos, se ha visto que muchas de estas causas dependen en gran parte de factores ambientales, cuya importancia es cada día más evidente. Se ha visto la relación tan estrecha que hay entre ciertas formas de procesos endocrinos y estructuras geológicas, la importancia que tiene el papel de la economía en la alimentación y sobre todo en la alimentación racional; la aparición de enfermedades llamadas sociales en mayor escala en los pueblos civilizados y la gran preferencia que tienen por el sistema nervioso, cuando se aunan factores externos que coadyuvan al proceso.

Paralelamente a los descubrimientos se han efectuado investigaciones en la vida social y no solamente se ha hecho indispensable colocar a los individuos en situaciones de asistencia óptimas sino que igualmente se ha visto que es necesario colocarlos en situaciones vitales óptimas. De nada vale saber que las vitaminas son indispensables a la alimentación de los tejidos y, en especial, al sistema nervioso, si el poder adquisitivo de los pueblos está muy por debajo del poder alimentarse en forma racional, con una dieta adecuada y rica en substancias indispensables. La psiquiatría ha venido, así, a conformar una parte importante de la medicina social y, en particular, ha adquirido un sentido tan amplio de comprensión de los factores ambientales que al presente el psiquiatra no puede circunscribir su acción al campo hospitalario, sin dejar trunca la síntesis comprensiva de la valoración individual dentro del ámbito social que vive. Por su extensión hacia nuevas esferas de la actividad humana, la psiquiatría se ha dirigido hacia la industria, hacia la orientación de los individuos en las profesiones, hacia el campo del derecho y en especial del derecho penal, hacia la criminología. La psiquiatría tiende a trabajar cada vez con mayor amplitud y mayor entendimiento con las otras ramas de la medicina. La colaboración integral para llegar a establecer la verdadera causa de un proceso es indispensable; por lo demás, la psiquiatría exige que los especialistas en esta rama sean ante todo médicos en el sentido más lato de la palabra, sin medicina es imposible concebir la psiquiatría, porque ella no es una entidad separada del campo médico y el cuerpo humano, tiene su sentido en una totalidad indivisa con el alma.

El malestar de la colectividad, su curso, sus formas de reacción interesan vivamente a la Higiene Mental. Los elementos generales de la cultura de un pueblo tienen muchos aspectos de mala adaptación,

que es necesario comprender y valorar para lograr un mejor entendimiento social. Las crisis sociales, las épocas de exaltadas pasiones en las masas, los efectos psicológicos de desastres colectivos, la forma de comportamiento y las relaciones entre los grupos y las clases y los tipos de conformación económica dan siempre al campo psiquiátrico elementos de estudio, ya que la adaptación entre los diferentes estratos humanos siempre es suceptible de alteraciones en un sentido de incomprensión y de desequilibrio afectivo.

Las enfermedades mentales son hoy día los procesos que más llaman la atención dentro del campo de la patología social. Los países europeos y los Estados Unidos de Norte América confrontan una situación altamente delicada. Especialmente, el último de los países citados tiene sobre sí una carga formidable de enfermos mentales, número cada vez más creciente, que va creando día a día problemas sociales y de asistencia de gran magnitud. Las pérdidas temporales o permanentes de hombres útiles para la vida económica de la Nación involucran una carga de grandes proporciones a los poderes políticos, carga que sólo puede ser valorada a través de las estadísticas y de los equivalentes en rendimientos positivos de estos grupos segregados del conjunto social. Los Estados Unidos de Norte América tienen la mitad de sus camas hospitalarias ocupadas por enfermos mentales y de ellas la mitad las ocupan los enfermos que padecen de Demencia Precoz. La importancia social de las enfermedades mentales, como fenómenos negativos de una cultura, y que están diciendo de su fracaso frente a los esfuerzos del grupo humano por adaptarse a una modalidad de vida y por vivir dentro de una esfera de civilización aún no plasmada dentro de los límites posibles del espíritu humano, no es lo suficientemente valorada por la masa de un país o por los elementos políticos encargados de contemplar este tipo de problemas. Escapa a una comprensión inmediata por el hecho de que las enfermedades mentales son situaciones patológicas realmente tórpidas dentro del grupo humano, situaciones no sentidas con la amplitud de una epidemia o de una pandemia, porque estas tienen una aparatosa demostración y sus brotes episódicos se manifiestan en forma visible, objetiva a los ojos del vulgo que se alarma frente a momentos de recrudescencia del morbo que permanece latente durante los ciclos biológicos de resistencia humana. En tanto que las enfermedades mentales que atacan la más grande adquisición del hombre, que minan lo que ha hecho que nosotros nos apartemos de la simple situacion animal para elevarnos a la altura de las esencias espirituales más hondas y más grandes, pasan por lo común desapercibidas, los sujetos mal adaptados permanecen perturbando la sociedad con sus tendencias turbulentas y patológicamente emotivas, guardamos la más grande tolerancia para multitud de casos anormales que requieren tratamiento y asistencia por el solo temor de poseer enfermos dentro de la familia; observamos la más larga tolerancia hacia los numerosos sujetos francameute psicóticos que permanentemente andan perjudicando las relaciones sociales y que, en infinidad de ocasiones, han sido encumbrados hasta situaciones de responsabilidad, provocando crisis y conflictos de hondas repercusiones sociales. La psiquiatría no pretende arrogarse al derecho de dirigir a la socie-

dad, pero sí reclama el privilegio de ser escuchada y de ser atendida en sus consejos.

Nuestro sistema de cultura aún está por debajo del sentido fundamentalmente comprensivo del papel que tiene que jugar la medicina en las relaciones del futuro. Nos alarmamos frente a una crisis social, frente al desastre de los medios económicos, de falta de productos de medios de subsistencia, etc., pero no nos alarmamos frente al creciente aumento de enfermos mentales. Si el número de estos aumenta en una relación constante y en una proporción no solamente aritmética sino geométrica, nos está diciendo que algo debemos hacer por mejorar la situacion. Por lo demás, a una Nación le interesa progresar no solamente desde un punto de vista económico sino espiritual y no solamente le interesa sino que le es esencial, porque es en la mente y en una mentalidad sana, equilibrada, capaz de lograr un mejoramiento colectivo, que se basa el porvenir de un país. Las epidemias son pasajeras, las enfermedades mentales son elementos constantes, permanentes, silenciosos, pero mucho más rotundos en sus resultados, más desastrosos en sus efectos que cualquier enfermedad infecciosa.

La preocupación por este grave problema es muy propio de países cultos y esta se traduce en una inquietud constante de acrecentar los medios de defender la mentalidad de los componentes humanos. Este preocupación ha dado como consecuencia el aumento de instituciones, de medios de asistencia, de personal; investigación en todas las esferas de la actividad humana, leyes conducentes a mejorar las condiciones de trabajo, de higiene, de alimentación, de la familia, del salario, etc. Se han buscado y se buscan todos los factores capaces de alterar la armonía humana y las posibles causas de malas adaptaciones, que dan como consecuencia margen para que los conflictos psicológicos hagan eclosión, perturbando las relaciones y la actividad de los individuos dentro del grupo social Hoy se tiende a asignar a todos los actos de la vida una valoración de tipo psiquiátrico, una valoración respecto a la personalidad individual y a la constitución general de la sociedad; nada escapa a las consideraciones de la investigación psiquiátrica y los problemas generales de la vida, las actitudes comunes y particulares de los hombres, caen bajo su especulación, como medio de llegar a comprender una mejor y más asentada forma de convivencia y de inter-relación psicológica.

El problema psiquiátrico en nuestro medio es complejo para que pueda abarcarse en unas cuantas páginas, como el presente trabajo. El Perú por su constitución física, racial y económica, requiere el concurso organizado de un conjunto de especialistas que enfoquen las verdaderas posibilidades y las proyecciones que implica un hecho de semejante magnitnd, para darles a nuestras necesidades de investigación, profilaxis y asistencia, una expresión certera, completa, capaz de poder actuar dentro de tal amplitud y tan vasta sociedad. No estamos a la altura de nuestras necesidades y actualmente, por lo poco

atractivo del punto, como problema social, no ha merecido la atención económica necesaria, dejando a la psiquiatría privada de ese requisito para resolver los conflictos que se le presenten. Estamos atravesando una etapa de crisis enorme; no tenemos hospitales, carecemos del número suficiente de especialistas; el personal de enfermería es escaso, nos faltan técnicos en determinadas actividades indispensables en la moderna organización.

La asistencia de enfermos mentales ha estado siempre centralizada en Lima y el único hospital para estos enfermos se ha convertido en realidad en un establecimiento nacional. Esta defectuosa manera de actuar ha traído como consecuencia graves resultados, especialmente sociales y económicos que han repercutido sobre la forma de asistir y de curar. La escasez de recursos económicos departamentales y provinciales, la insuficiente atención recibida por los enfermos durante mucho tiempo ha retardado en algunos casos y suprimido en otros el proceso de curación, que se hubiera realizado al mediar situaciones más favorables para ello.

A pesar de las múltiples campañas sanitarias que se han emprendido en nuestro país, aún el panorama nacional es obscuro en este inmenso campo. La mayoría de nuestras poblaciones no cuenta con los recursos higiénicos. No podemos tomar como ejemplos los núcleos de población blanca y mestiza que goza de los adelantos del moderno criterio médico. No podemos llegar a una conclusión integral del estado alimenticio, pero podemos estar seguros de que la mayoría de los grupos humanos en nuestro medio no sabe alimentarse y se alimenta mal. Los vicios que sirven de paliativos a la falta de elementos calóricos hacen que la mayor parte de los individuos vivan en estado de intoxicación, quitándole a esta palabra cualquier sentido errado que pudiera dársele. En todo proceso de ayuda sanitaria se requiere que el programa sea integral. Toda campaña debe incluir, no solamente el aspecto de la asistencia sino que debe involucrar igualmente el aspecto preventivo, social y económico. Cualquier plan de trabajo en cualquier esfera de la salud pública tiene que llevar dentro de sí todos los factores que permitan solucionar todos aquellos problemas que perjudican a la salud humana.

Con el acrecentamiento de las facilidades viales, de los medios de locomoción, con el aumento natural de habitantes, se han creado problemas que al presente son insolubles dentro de las condiciones precarias que se hallan. Nuestra capacidad hospitalaria en la República en 1942 (1) era de 14,427 camas, de los cuales más de 1,500 estaban ocupadas por enfermos mentales. Ni una ni otra cifra expresan claramente las necesidades nacionales, porque tanto la una como la otra nos están diciendo de la sobrecarga que deben sufrir y de la insuficiente atención que deben de tener un número considerable de pacientes. Según el doc-

---

(1) Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. Diciembre 1944. Washington D. C., E. U. A.

tor Paz Soldán, el Perú debería de tener actualmente 30,000 camas de asistencia hospitalaria y otros el doble. Este número involucra de antemano la preparación de personal técnico acorde con las necesidades. Incluso la preparación de personal médico que, siendo aparentemente numeroso, es, sin embargo, escaso. Según el mismo doctor Paz Soldán, existe en nuestro medio un médico por cada 11,000 habitantes. Esto muestra el reducido número de facultativos en nuestro país y la necesidad que existe en aumentarlo y procurar una buena distribución. Como en este trabajo es solamente de interés nuestro ocuparnos de los enfermos mentales, estableciendo previamente los alcances del problema de la asistencia para poder comprender la forma en que habría de enfocarse esta parte de la campaña de Higiene Pública, ya que las enfermedades mentales pertenecen a este dominio.

Diremos que, de acuerdo con cualquier cifra que pueda darse al número de camas que el país necesita, tendrá que construirse conjuntamente con hospitales generales, establecimientos para la asistencia de enfermos de la mente.

Ante todo, vamos a referirnos a que los datos estadísticos que a continuación se incluyen en este trabajo se refieren a los primeros ingresos habidos en los años 1937-1941, y es sobre la base de estas cifras que vamos a efectuar nuestro cálculo, tanto para establecer la población probable de pacientes, así como los recursos necesarios en una campaña integral para el mejoramiento del problema de asistencia en nuestro medio.

No se conoce el número de enfermos mentales que puede existir en un país. Como dato ilustrativo y que da una idea de la magnitud del problema, citaremos el caso de Estados Unidos, donde se calcula que al rededor del 5 % de la población total ingresará a un hospital para enfermos de la mente durante un período más o menos largo, en el curso de su vida. Sin embargo, en un momento dado, el número de pacientes que requiere hospitalización es mucho menor y se calcula, en ese país 400 por cada 100,000 habitantes en las áreas urbanas y 350 por cada 100,000 en las áreas rurales.

En la República Argentina existen 126 hospitalizados por cada 100,000 habitantes. Entre nosotros, el índice es de 20,80 — de acuerdo con la población internada al 31 de diciembre de 1941 — 1461 y el resultado del Censo de 1940 — 7'023,111 habitantes.

El número de ingresados a las instituciones para enfermos mentales aumenta más rápidamente que el desarrollo de las provisiones para su cuidado y su asistencia, lo que está dando lugar a grandes temores para el porvenir y el número de primeros ingresos parece aumentar gradualmente; índice que cambia con el tiempo y los lugares, por ejemplo, en los Estados Unidos, de 40 a más de 100 por cada 100,000 habitantes de la población total. Entre nosotros, el índice es de 10,51

sobre cada 100,000 habitantes (738 primeros ingresos en 1941).

Las estadísticas, por lo general, demuestran que desde mediados del siglo pasado hasta nuestros días, el número de enfermos mentales internados, considerando la población total de cada país, es tres veces mayor y no todos los enfermos mentales han recibido o reciben asistencia en las instituciones respectivas.

Muchos son los factores y las razones que explican el aumento del número de ingresados; el progreso de la civilización técnica, que elimina a los inferiores y anormales; la disminución de la población rural, donde los enfermos de la mente tranquilos pueden continuar participando de la vida en común y el aumento de la población urbana, donde la vida es intensa y mayores son las exigencias y peligros, lo que demanda la integridad de las facultades mentales, y las familias en las ciudades se preocupan más y tienen mayores facilidades para la asistencia de los enfermos; la mayor concurrencia de los niños a las escuelas, lo que hace resaltar a los débiles e incapaces; la mejor organización de los establecimientos para enfermos de la mente, que ha traído como consecuencia que el público vaya disminuyendo la resistencia que antes oponía, al punto que en los países donde se admite el ingreso voluntario se ha comprobado que de 10 al 20 % de los pacientes lo hacen en esta forma, y que las psiconeurosis y las depresiones benignas constituyen el mayor número del tipo de desorden mental que no hubiera sido posible detener e internar cuando la definición legalista de insanía presidía la selección de los casos admisibles; la extensión del concepto de enfermedad mental y el reconocimiento del médico psiquiatra, que poco a poco va ensanchando su campo de acción; en la actualidad, es frecuente que se consulte a estos especialistas en forma voluntaria, lo que no ocurría en épocas pasadas; se están remitiendo menos inculpados con trastornos mentales a las cárceles y prisiones; las instituciones para inválidos y ancianos están acusando una declinación más marcada para aceptar a los enfermos mentales y estos últimos aumentan a medida que aumenta el promedio de vida; una proporción apreciable de enfermos permanece más tiempo que el necesario, víctimas del abandono de la familia o de la miseria, lo que no sólo eleva la cifra de internados sino que restringe el número de altas y el Servicio Social psiquiátrico cada vez está mejor preparado para la constatación precoz de la enfermedad mental.

Pero las estadísticas no pueden indicar sino los hechos saltantes de los desórdenes mentales, quedando fuera de su radio los diferentes matices de las alteraciones psíquicas, de manera que el verdadero significado de todo lo que se relaciona con los desórdenes mentales no puede ser apreciado en su justo valor por medio de las estadísticas institucionales; ellas nos dan sólo índices, desde luego reveladores de la mayor o menor gravedad de este problema y de la preocupación de cada país, pues el mayor número de internados expresa algunas veces mayor preocupación por la asistencia y no precisamente mayor población de enfermos mentales de un país.

Los casos leves de trastornos mentales, que anualmente se presentan en cada país, es seguro que sobrepasan a los de mayor gravedad, es decir, a los que requieren hospitalización.

La prevalecencia de las enfermedades mentales varía según los países y las diversas regiones de cada uno de estos. De acuerdo con los datos relativos a 32 países, publicados en 1930, la población de enfermos recluídos en diversas instituciones por cada 100,000 habitantes de la población total fluctuaba entre 97,5 en Checoeslovaquia y 479 en la Unión Sudafricana. En el Estado de Nueva York es 661,7; en el de Massachusetts hay una proporción de 500 enfermos mentales por cada 100,000 habitantes y, en el barrio de Manhattan, el más denso de la ciudad de Nueva York, la proporción de pacientes bajo tratamiento en los hospitales, en 1938, exedió de 1,000 por cada 100,000 habitantes.

Entre nosotros, según las regiones y las razas, existe la siguiente porporción — para los ingresados por primera vez en 1941—, de acuerdo con el Censo del año 1940:

| *Regiones* | *Censo 1940* | *%* | *Ingresos* | *%* | *Proporción por 100,000 h.* |
|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 2'161,576 | 30,77 | 152 | 22,99 | 7,03 |
| Centro | 3'000,050 | 42,72 | 443 | 67,02 | 14,76 |
| Sur | 1'861,485 | 26,51 | 66 | 9.99 | 3,55 |
| Total | 7'023,111 | | 661 | | |
| Costa | 110,911 | 1,58 | 41 | 6,20 | 36,96 |
| Costa y Sierra | 2'434.217 | 34,66 | 362 | 54,77 | 14,87 |
| Costa, Sierra y Selva | 404,024 | 5,75 | 55 | 8,32 | 13,61 |
| Sierra | 545,770 | 7,57 | 22 | 3,33 | 4,03 |
| Sierra y Selva | 3'206,848 | 45,66 | 178 | 26,93 | 5,55 |
| Selva | 321,341 | 4,58 | 3 | 0,45 | 0,93 |
| Total | 7'023,111 | | 661 | | |

| *Razas* | *Población* | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Blanca y mestiza | 3'283,360 | 52,89 | 535 | 72,50 | 16,30 |
| India | 2'847,196 | 45,86 | 86 | 11,65 | 3,02 |

| | | | | | Proporción por 10,000 h. |
|---|---|---|---|---|---|
| Amarilla | 41,945 | 0,68 | 24 | 3,25 | 5,72 |
| Negra | 29,054 | 0,47 | 93 | 12,60 | 32,01 |
| No declarada | 6,412 | 0,10 | — | — | — |
| Total | 7'023,111 | | 738 | | |

La primera impresión que podemos sacar de estos datos estadísticos es que a mayor cercanía de la Capital mayor es la afluencia de enfermos mentales, en tanto que cuanto más nos vamos acercando hacia los límites fronterizos del Perú menor es el número de internados en el Hospital y menor es la relación por cada 100,000 habitantes.

Además de ser los sujetos de la Costa los que están en un porcentaje más elevado en relación con el número de habitantes, éste es mucho mayor por las facilidades de comunicación con los centros de actividad, especialmente Lima.

Vemos también la gran desproporción entre los elementos raciales blanco-mestizo y el elemento racial indio. Siendo sus cifras humanas casi similares, el primer grupo está en una proporción 5 veces mayor que el segundo. Igualmente, las estadísticas comparativas de las razas de color, negra y amarrilla, acusa un índice verdaderamente alarmante; con sólo existir en nuestro medio menos de 30,000 negros, hay una relación numérica muy grande de ingresos, *32,01 por cada 10,000* habitantes; de manera que, teóricamente, la raza negra daría una cifra de 320 ingresos por cada 100,000, cifra que sobrepasaría en mucho a los otros tipos raciales; la raza amarilla igualmente tiene un índice crecido, el 5,72 por cada 10,000 con una cifra teórica, por lo tanto de 57 por cada 100,000. Es decir, que las razas de color tienen una labilidad mucho mayor que los otros tipos étnicos, siendo sus equivalentes numéricos proporcionalmente superiores a los grupos raciales de mucho mayor antigüedad en estas tierras. Si hacemos un cálculo teniendo en cuenta los números anteriormente expuestos, de 100 por 100,000 habitantes, daría más o menos 7,000 enfermos mentales. Este cálculo nos parece bajo y además porque el número real de ingresos, anualmente, no alcanza a 11 por 100,000. Creemos que la falta de personal médico y elementos técnicos de investigación impiden conocer aproximadamente el número de enfermos mentales que deben haber en el Perú. Si existiesen en la República otros establecimientos hospitalarios destinados a la asistencia de enfermos mentales, el conocimiento de los ingresos y la atención de casos a través de consultorios nos permitiría saber el número probable de enfermos en todo el territorio.

Dada la gran tolerancia que hay para diversos tipos de enferme-

dad mental, tales como los oligofrénicos, los epilépticos y las personalidades psicopáticas, es de presumir que un número muy crecido permanezcan libres de todo cuidado médico y conviviendo con los diversos grupos humanos, dentro de los cuales seguramente crean múltiples conflictos de tipo social y jurídico. Además, la falta de responsabilidad frente al sentido de paternidad o maternidad en nuestro medio, traducido por el número tan grande de ilegítimos, hace que muchos individuos se hallen desprovistos de toda traba social, dejando a los que necesitan ayuda a merced del azar.

Si nosotros nos atenemos a los cálculos internacionales propuestos por Tredgold y realizamos un estudio comparativo del número de ingresados en cada pais en relación con 100,000 habitantes, podemos sacar una conclusión aproximada de cuantos serán los enfermos mentales en nuestro medio. En un trabajo publicado por nosotros (1) sosteníamos que en el Perú deben haber más o menos 13,000 deficientes mentales; si a ésta cifra agregamos la cantidad probable de alienados calculada por Tredgold en el 3 por mil tendríamos aproximadamente 21,000; si a esto añadimos igual índice para los epilépticos, otros 21,000, tendríamos que la población en nuestro medio sería de 55,000 enfermos mentales (2) cálculo que, si a simple vista parecería muy elevado, estudiándolo mejor veríamos que se ajusta a ciertos aspectos de nuestras comunidades. El doctor Paz Soldán, resumiendo ciertas investigaciones del Censo de 1940, encuentra que en el Perú existen 30,000 bociosos y 18,000 sordomudos y gran parte de ellos de una misma zona geográfica. Si la investigación realizada por el Censo se basa solamente en datos proporcionados por maestros y gentes extrañas a la profesión médica y que sólo han anotado en realidad los casos groseros, apreciables a simple vista, dejando de lado, por ser a ellos imposible llegar a un diagnóstico fino, los casos tórpidos que requieren investigaciones clínicas especiales, veríamos que su número debe ser en realidad mucho mayor, Una enfermedad que parece atraer la atención de los estudiosos de nuestro medio, es la gran proporción de epilépticos que se encuentran en los diversos lugares de la República, cuyo número según sus propias observaciones es realmeute alarmante. (3)

Por esa razón creemos que, al establecer una cifra probable de 55,000 enfermos mentales en toda la República, no nos parece exagerado. Con esto no pretendemos decir que todos ellos requieren asisten-

---

(1) El Problema de los Niños Anormales y la Higiene Mental Infantil en Nuestro Medio. Lima, Julio de 1943.

(2) El Dr. Adolfo Wainer de la Argentina, dice: "Recientemente se ha revelado que existe en nuestro país cerca de 60,000 enfermos mentales y 30,000 niños anormales". Como se sabe la poblaeión de la República Argentina no llega al doble de la nuestra.

(3) Dr. Maxime Kuczynski Godard.

cia hospitalaria permanente, ni que su estado les impida realizar faenas de diversa índole; de este número anotado se debe internar una gran proporción en establecimientos apropiados, y el resto puede recibir asistencia ambulatoria o enseñanza especializada. Tenemos el caso de Venezuela, cuya población es casi la mitad de la nuestra y, actualmente, se halla interesada en llevar a cabo un programa de asistencia hospitalaria para 10,000 enfermos mentales.

Si frente a estas posibilidades y probabilidades en nuestro medio, contemplamos las cifras de ingresos en nuestro único establecimiento de asistencia, veremos cuán lejos estamos de haber logrado la primera y la más elemental fase de la medicina, la fase propiamente de asistencia. En cinco años han ingresado 3,060 enfermos, número que no traduce la realidad y que está diciendo del gran abandono en que se hallan aquellos que necesitan protección de parte de organismos públicos destinados a tales fines.

Como puede apreciarse, pues, la cifra alcanzada por los primeros ingresos en el quinquenio 1937-1941, 3060 enfermos, no da ni en forma aproximada el verdadero número de pacientes que debería ingresar cada año a establecimientos destinados a su tratamiento. Creemos que la primera medida que debe establecerse en nuestro país es la que tanto ha propugnado uno de nosotros desde hace muchos años: los hospitales regionales (1). No pretendemos con esto hacer de cada región del Perú un núcleo potencial de enfermos, pero si estamos convencidos de que la inmensa mayoría de aquellos que necesitan asistencia hospitalaria permanecen sin tener absolutamente tratramiento alguno. Con frecuencia, en nuestro medio solo se acude al hospital como recurso último, como última razón del proceso, cuando realmente no hay nada que hacer con el enfermo. Lo está demostrando la distribución departamental de los diferentes ingresos, distribución que a mayor lejanía del centro de asistencia y a menor facilidad de traslado se hacen mas raros. Lo comprueban los ingresos de deparmentos como Puno, Loreto, Amazonas, San Martín, Tumbes &. En los datos estadísticos anteriormente expuestos, vemos que la zona de mayor afluencia reside en la zona del Centro, en la división del territorio en tres regiones, en tanto que la Costa, a pesar de lo poco poblada que se halla, tiene una densidad de enfermos mucho mayor que el resto de las zonas geográficas, densidad que está igualmente, a nuestro concepto, supeditada exclusivamente al factor facilidad de traslado, en tanto que la Selva, muy alejada del centro único de asistencia en la República, tiene un porcentaje insignificante que dista mucho de expresar la realidad.

Lima ocupa el primer lugar en el número de ingresos de enfermos mentales por razones que no son del caso repetir, número que

---

(1) Baltazar Caravedo.

sobrepasa largamente la cifra de cualquier departamento de la República. Si tenemos en cuenta la cifra total de 3,060 primeros ingresos en cinco años, vemos que de Lima han ingresado en ese quinquenio 843 enfermos, lo que da un porcentaje en cifras globales del 27 % en tanto que si del número de primeros ingresos, deducimos a los extranjeros, 207 primeros ingresos, y a los de procedencia ignorada, 211 primeros ingresos, tenemos que de Lima han ingresado el 32 % de los nacidos en el Perú; ahora bien, este mismo número de primeros ingresos del Departamento de Lima es bajo y no da el número real de enfermos que deberían ingresar anualmente de este solo Departamento, si calculamos de acuerdo con los índices establecidos para los ingresos; es decir que el número de internados en el único hospital de la República no da ni siquiera el índice de internamientos del departamento donde se halla situado.

Por los datos estadísticos, podemos apreciar las cifras de ingresos habidos en los cinco años antes mencionados de todos los departamentos del Perú.

De acuerdo con el número total de un quinquenio tenemos la siguiente relación: 1º) Lima, 843 ing.; 2º) Junín, 245; 3º) Ancash, 226; 4º) Ica, 169; 5º) La Libertad, 168; 6º) Arequipa, 164; 7º), Callao, 152; 8º) Cajamarca, 115; 9º) Ayacucho, 108; 10º) Piura, 83; 11º) Lambayeque, 67; 12º) Huancavelica, 63; 13º) Huánuco, 58; 14º) Cuzco 48; 15º) Apurímac, 30; 16º) Puno, 29; 17º) Tacna, 27; 18º) Moquegua, 13; 19º) San Martín, 9; 20º) Tumbes, 9; 21º) Amazonas, 8; 22º) Loreto, 8.

Vemos que la afluencia de enfermos hacia Lima está dada por los departamentos más inmediatos a la Capital, Junín, Ancash, Ica y La Libertad. El Callao, población muy densa en un espacio reducido, tiene una cifra comparativamente más elevada que ningún otro departamento del Perú, pero sin expresar fielmente la cantidad de enfermos que deben haber en nuestro primer puerto. Por lo demás, uno de nosotros, (1) en un trabajo realizado en niños delincuentes, hemos encontrado que las cifras proporcionales, en comparación con la delincuencia infantil en Lima, son mucho mayores en dicha Provincia debido a una serie de factores morbosos que inciden sobre la estructura emocional de la infancia. En cambio, tenemos departamentos cuyo número de primeros ingresos es insignificante frente al número de pobladores que tiene y hay uno, Madre de Dios, de difícil comunicación con Lima, de exiguo número de habitantes, que no tiene un solo enfermo en el Hospital.

Frente a departamentos que sobrepasan el medio millón de habitantes, como Puno, Cuzco, Cajamarca; u otros que se acercan a esta cifra, como Ancash, Junín, Piura, etc., vemos que el número de ingresos está muy por debajo del número teórico que deberían tener si real-

1) Baltazar Caravedo (hijo).

mente existiese un despistaje y una asistencia organizada en las diferentes regiones del Perú.

Si examinamos el número de ingresos en forma global y efectuamos una comparación con las cifras de cada año en relación con los ingresos entre sí, de año en año, veremos que el aumento de entradas no sigue una línea regular, ascendente, como sucede en otras partes del mundo. Por lo general, las cifras de ingresos tienden a aumentar de año en año en los hospitales para enfermos de la mente; en el nuestro, esta razón numérica no deja de realizarse, pero en forma irregular, incluso con descensos, como en el año 1938, que en lugar de aumentar el número de primeros ingresos disminuye en un promedio de 7.98%. El cuadro estadístico correspondiente muestra la progresión de primeros ingresos en el quinquenio 1937-1941 dentro del cual el año que mayor número acusó fué el de 1940, con un aumento sobre el año anterior del 23,72%, con predominio de ingresos de varones.

Examinemos ahora los primeros ingresos en relación con la raza. En el quinquenio 1937-1941 ingresaron 2,183 de raza mestiza, el 70 %; blancos, 324, el 10,50 %; indios, 330, el 10,78 %; negros, 114, el 3,75 %; amarillos, 109, el 3,56%. Según la división geográfica de Norte, Centro y Sur, vemos que la región del Centro es la de mayor porcentaje de ingresos de todas las razas; lo sigue la región Norte y, en último término, se halla el Sur. En la división geográfica en Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva y Selva, apreciamos el mayor volumen de ingresos de las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva, aumento que se manifiesta tanto en forma global como en forma parcial en cada índice étnico. La raza negra no tiene ingresos de zonas como la Sierra y la Selva. La raza amarilla no acusa ingresos de los departamentos del Norte, así como de las zonas Costa-Sierra-Selva, Sierra y Selva; es decir, de todas las zonas del Norte que comprenden en su mayoría las tres regiones del país. Es interesante anotar el gran aumento de la raza amarilla en el año 1941, durante el cual sobrepasa en ingresos a los porcentajes comparativos de blancos, indios y negros.

Vamos a ver ahora la edad de los primeros ingresos:

***Edad de los primeros ingresos en los años 1937-1941***

| | |
|---|---|
| Hasta 9 años | 80 |
| De 10 a 19 años | 572 |
| „ 20 a 29 „ | 883 |
| „ 30 a 39 „ | 582 |
| „ 40 a 49 „ | 395 |

| | | |
|---|---|---|
| „ 50 a 59 „ | ........................ | 193 |
| „ 60 a 69 „ | ........................ | 109 |
| „ 70 y más | ........................ | 70 |
| No hay datos | ........................ | 176 |
| | Total . . . | 3,060 |

En este cuadro que hemos expuesto podemos apreciar que el mayor índice en las edades está dado por la etapa juvenil, de los 20 a 29 años. Este fenómeno, que se presenta en igual forma en todos los países, está justificado por las reacciones psicológicas de la adolescencia, en que los valores sufren una revolución y un basculamiento tan sumamente brusco que los traumas psíquicos tienen por esta razón un grado mucho más intenso de repercusión sobre la mente juvenil. A pesar de que el número de ingresos comprendidos entre los 9 y los 30 años, es decir, la etapa psicológica de mayor evolución y la más sujeta a las impresiones y sugestiones del ambiente y en la que se forja la personalidad humana, sobrepasa por muy ligero margen al resto de los primeros ingresos según la edad. Es de notar que nuestros conjuntos humanos tienden mucho más hacia una progresión juvenil que hacia una progresión de madurez. El censo de 1940 ha demostrado que el Perú es una nación con grandes reservas infantiles y juveniles y, por lo mismo, este conglomerado humano es el que debe interesarnos preferentemente en la solución preventiva de cualquier campaña de Higiene Mental. A pesar del número de ingresos, creemos que estas cifras no expresan, ni lejanamente, la realidad psíquica de la infancia y adolescencia en nuestro medio. En esta época, en especial en la infancia y pubertad, es cuando mayormente se recurre al aprendizaje de los débiles mentales, de los niños difíciles y con trastornos de los hábitos y de la conducta; es la etapa de mayor raigambre para el hurto y el vagabundaje. Si comparásemos las cifras globales de niños y adolescentes que presenta el Censo, veríamos que la relación porcentual de ingresos es muy baja y que es inferior a los cálculos de probabilidades que da Tredgold. Todo esto nos refuerza cada vez más en la convicción de que numerosos casos permanecen al margen de toda asistencia, generando conflictos en el hogar, en la escuela, en el taller, en la fábrica.

Estudiaremos ahora los datos estadísticos de los primeros ingresos según el diagnóstico, seguiendo para tal efecto la Clasificación Americana de los Desórdenes Mentales. Empezaremos por Psicosis con sífilis del sistema nervioso central.

Han ingresado por primera vez al Hospital, durante el quinquenio 1937-1941, 238 casos de sífilis del sistema nervioso central, de los cuales 142 han correspondido a parálisis general y 96 a otros tipos de sífi-

lis del s. n. c. Esto hace que la parálisis general tenga el 59,24% del total de casos de sífilis del s. n. c. y los otros tipos de infección sifilítica el 40,76%. Del total de casos ingresados por primera vez en el Hospital "Víctor Larco Herrera", todas las formas de sífilis del s. n. c. dan un porcentaje de 7,78%, siendo respectivamente el 4,64% para la parálisis general y el 3,14% para los otros tipos de sífilis del s.n.c. El número de ingresos al Hospital por este tipo de infección guarda una relación más o menos uniforme con las estadísticas de otros países que conceden como promedio el 10% de los primeros ingresos.

Desde el punto de vista del sexo, la relación ha sido la siguiente: parálisis general, 121 varones y 21 mujeres; otros tipos de sífilis del s. n. c., varones, 39, mujeres, 57. Como se ve, en la parálisis general priman los elementos masculinos, en tanto que en las otras formas las mujeres acusan mayor preferencia; pero, en la realidad, esto es sólo aparente, pues, como luego veremos, las mujeres tienen un porcentaje relativo mayor que los varones, en especial en algunas razas. En total, tenemos que en el quinquenio han ingresado 160 varones y 78 mujeres con un porcentaje de 67, 22% y 32,78%, respectivamente. Esto demuestra que los varones tienen una mayor tendencia a sufrir formas nerviosas de lúes, siendo la mujer más resistente a este tipo de trastorno.

Desde el punto de vista racial, han ingresado como sigue:

*Raza blanca*—.1°) con parálisis general, 21; 2°) con otros tipos de sífilis del s.n.c., 7: total 28. De estos han sido, varones 24, 19 con PG y 5 con otros tipos de sífilis del s. n. c. Mujeres, 4, 2 con PG y 2 con otros tipos de sífilis del s. n. c. La raza blanca ha tenido el siguiente porcentaje: parálisis general, el 14,79% del total de P. G.; el 8,82% del total de sífilis del s. n. c. (P. G. y otros tipos de sífilis del s. n. c.), ocupando los varones el porcentaje mayor; de otros tipos de sífilis del s. n. c. se halló el 7,29% y el 2,94%, respectivamente, encontrándose aquí, asimismo, predominio de los varones sobre las mujeres.

*Raza mestiza.*—Con P. G., 80; con otros tipos de sífilis del s. n. c. 65; total, 145, el 60,92% de todas las formas de sífilis del s. n. c. en relación con las razas. De este conjunto han sido varones: 95; mujeres: 50. El porcentaje total de mestizos ha sido el siguiente: con P. G. 56, 34%; el 33,61% del total de sífilis del s. n. c.; con otros tipos de sífilis del s. n. c. 67,71%; el 27,31% del total de todas las formas de sífilis del s. n. c. En esta división racial es muy interesante anotar que las mujeres han acusado un alto grado porcentual en la P. G., el 61,90% y, en las otras formas el 64,91%. Especialmente en las P. G., el porcentaje de mujeres mestizas ha sido de 21%, ellas están en proporción mayor que los varones, seguramente influenciadas por las combinaciones raciales, ya que determinadas razas poseen una mayor predisposición que otras.

*Raza india.*—Con P. G., 10; con otros tipos de sífilis del s. n. c.

12; total : 22, el 9,24% de todas las formas de sífilis del s. n. c., segun las razas. En total han sido : varones, 7; mujeres, 15. Esto hace que el porcentaje de P. G. de varones de raza india sea el 4,96%, en tanto que las mujeres acusan el 19,05% (del total respectivo según el sexo). En los otros tipos de sífilis del s. n. c. encontramos igualmente que la proporción entre la P. G. y los otros tipos de sífilis del s. n. c. sea, respectivamente, de 2,56% y 19,30%. Las mujeres indias han tenido el 6,30% del total de sífilis. Sin embargo, proporcionalmente, a pesar del bajo porcentaje total, las mujeres de raza india tienen una mayor incidencia que los varones. La forma que mayor incidencia acusa es la sífilis del s. n. c., la que da un porcentaje de 99,17% del total de ingresadas de esa raza con este tipo de sífilis; en los ingresados de raza india con P. G. el 40% fueron mujeres.

*Raza negra.*—Con P. G., 15; con otros tipos de sífilis del s. n. c., 7; total 22, el 9,24% de todas las formas de sífilis del s. n. c. En total han sido: varones, 14; mujeres, 8. El porcentaje de P. G., en varones, ha sido del 10,74% y de mujeres el 9, 52%; en otros tipos de sífilis del s. n. c. encontramos el 2,56% y 10,53%, respectivamente. La mujer negra ha tenido el 3,36%. Las mujeres han acusado un alto porcentaje en otros tipos de sífilis del s. n. c., con el 85,71% del total de ingresos de raza negra con este diagnóstico.

*Raza amarilla*—P. G., 16; otros tipos de sífilis del s. n. c. , 5; total, 21, el 8,82% del total de ingresos por lúes nerviosa . Del total de ingresos han sido: varones, 20; mujeres, 1. El porcentaje de varones con P. G. ha sido del 12,22% del total de sífilis del s. n. c.; en otros tipos encontramos : varones, el 10,26% y mujeres, el 1,75%. De los ingresos de raza amarilla con P. G. han sido el 100% de varones; en el ingreso de otros tipos de sífilis del s. n. c., éstos acusaron el 80%.

*Ingreso de sífilis del s. n. c. (P. G. y otros tipos) según la edad.*— Según los datos estadísticos, se podrá apreciar la trayectoria que sigue la aparición de la sífilis del s. n. c. en ambas formas, según la edad. Es muy demostrativo ver cómo en la parálisis general el índice va aumentando conforme se avanza en edad y que la época que mayor número de enfermos de este tipo presenta está entre los 40 y los 49 años en nuestro medio, con un porcentaje de 31,69%. En realidad, la curva de edades en la P. G. sigue una línea ascendente que empieza a los 10 años para llegar a su punto culminante entre los 40 y 49 años, para después ir descendiendo paulatinamente. En otros tipos de sífilis del s. n. c., la curva no sigue la misma trayectoria, siendo su curso irregular y teniendo su ángulo de mayor incidencia entre los 20 y 29 años, siguiéndolo inmediatamente después el período biológico de los 40 a 49 años.

Lo interesante es observar igualmente la incidencia que presentan las diversas formas de lúes nerviosa según la edad y según el sexo. Hasta los 9 años no hubo ingreso de parálisis general; ingre-

saron 4 enfermos con otros tipos de sífilis del s. n. c. de esa edad, es decir, el 100% de los ingresos de esa edad, siendo el 50% de cada sexo. De 10 a 19 años ingresaron 8 enfermos de los cuales 3 con P. G. y 5 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 37,50% y el 62,50%, respectivamente; habiendo tenido las mujeres el 25% y el 50% respectivamente, de incidencia porcentual, el 75% del total de ingresos con sífilis del s. n. c. en este decenio. De los 20 a los 29 años ingresaron 35 enfermos, de los cuales 9 con P. G. y 26 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 25,71% y el 74, 29%, respectivamente; las mujeres tuvieron el 11,42% y el 60%, respectivamente, es decir, el 71,42% del total de ingresos con sífilis del s. n. c. en esa edad. De los 30 a 39 años ingresaron 50 enfermos, de los cuales 31 con P. G. y 19 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 62% y el 38%, respectivamente. Las mujeres acusaron el 8% y el 18%, respectivamente, es decir, el 26% del total de ingresos de sífilis del s. n. c. dentro de esas edades. De 40 a 49 años ingresaron 67 enfermos, de los cuales 45 con P. G. y 22 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 67,16% y el 32,84%, respectivamente. Las mujeres tuvieron una incidencia porcentual respectivamente del 4,47% y del 16,41%, es decir, el 20,88%, del total de ingresos comprendidos dentro de esas edades. De los 50 a los 59 años ingresaron 35 enfermos, de los cuales 27 lo fueron con P. G. y 8 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 77,14% y el 22,86%, respectivamente. Las mujeres acusaron una incidencia del 5,71% y del 8,57%, respectivamente, es decir, el 14,28% del total de ingresos comprendidos dentro de estas edades. De los 60 a 69 años ingresaron 14 enfermos, de los cuales 11 fueron con P. G. y 3 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 78,57% y el 21,53%, respectivamente. Las mujeres acusaron un porcentaje de incidencia del 35,71% y del 7,14%, respectivamente; es decir, el 42,85% del total de ingresos de este período de la vida. De 70 y más años ingresaron 7 enfermos, de los cuales 5 fueron con P. G. y 2 con otros tipos de sífilis del s. n. c., el 71,42% y el 28,58%, respectivamente. El 100% de ingresos con P. G. fueron varones y el 100% con otros tipos de sífilis del s. n. c. fueron mujeres.

***Clasificación por regiones de los primeros ingresos de psicosis con sífilis del s. n. c. (P. G. y otros tipos).***

Hemos visto que ingresaron en el quinquenio 238 casos de sífilis del s. n. c., 142 con P. G. y 96 con otros tipos. De estos casos, se han dividido por regiones como sigue : 1°) del Norte 25 casos, 13 y 12 respectivamente, el 10,54% del total general; 2°) del Centro 130, 76 y 54 respectivamente, el 54,62% del total general; 3°) del Sur 33, 20 y 13 respectivamente, el 13,86% del total general. En la división territorial Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva y Selva, se obtuvo el siguiente porcentaje: 1°) Costa 10, 7 y 3 respectivamente, el 4,13%; 2°) Costa-Sierra 123, 77 y 46 respectivamente, 51,68% del total general; 3°) Costa-Sierra-Selva 10, 4 y 6 respectivamente, el 4,13% del total general; 4°) Sierra 9, 3 y 6 respectivamente, el 3,78%; 5°) Sierra-Selva 39, 17 y 22 respectivamente, el 16,38%; 6°) Selva 0.0%;

7°) Extranjeros e ignorados (igual en las divisiones territoriales) 50, 34 y 16 respectivamente, el 21%.

Las mujeres han tenido una incidencia porcentual mayor en la primera división las venidas del Norte y del Sur y, en la segunda división, las venidas de la Costa, Costa-Sierra-Selva, Sierra y Selva.

De estas apreciaciones numéricas que hemos expuesto, además de los cuadros pertinentes a esta entidad nosológica, entidad que hemos hecho una sola por comodidad expositiva, da las siguientes conclusiones que nos parecen tener sumo interés.

*Conclusiones.*—Las enfermedades mentales producidas por la sífilis del s. n. c. tienen un porcentaje de 7,78% del total de primeros ingresos, correspondiendo el 4,64% a la parálisis general y el 3,14% a los otros tipos de sífilis del s. n. c. Los mayores ingresos los tuvo la parálisis general. Los varones acusaron un mayor porcentaje en la P. G. y las mujeres en los otros tipos de sífilis del s. n. c. La edad con mayores ingresos de parálisis general está comprendida entre los 40 y 49 años; con otros tipos de sífilis del s.n.c. entre los 20 y 29 años. En la parálisis general existe una verdadera "curva de edad" que se inicia a los 10 años hasta alcanzar su punto culminante entre los 40 y 49 años, para decrecer paulatinamente hasta llegar a los 70 años y más. La curva de la edad en los otros tipos de sífilis s. n. c. es una curva irregular, con oscilaciones. Desde el punto de vista racial, los mestizos alcanzaron el mayor porcentaje. Las mujeres mostraron una mayor porcentualidad en la raza mestiza y en la raza india para la P. G.; en los otros tipos de sífilis del s. n. c., el sexo femenino, en ambas razas, muestra mayor porcentaje e igualmente la mujer negra acusa un alto porcentaje en esta forma de infección. Relativamente, la raza negra y la india tienen una porcentualidad muy elevada, comparadas con el número global de individuos de esas razas según el Censo. Los varones de raza blanca han mostrado un porcentaje muy superior al de las mujeres para la parálisis general (90,17% sobre el total de ingresos de P. G. blancos). Desde el punto de vista geográfico, la región céntrica tiene el mayor porcentaje de primeros ingresos en ambos tipos de infección; en la segunda modalidad de división territorial es la zona Costa-Sierra la de más alto porcentaje.

*Estado de los egresos en el quinquenio*.– El estado de los egresos de sífilis del s.n.c. demuestra que la mortalidad es muy alta, en especial para la P.G., el 71,18% y, en las otras formas, el 44,33%. Durante el quinquenio ha salido curado solamente un caso de P.G. En los otros tipos de sífilis del s.n.c. ha habido mayor porcentaje, salieron 17 curados. Hay mayor tendencia a la curabilidad de las mujeres en la sífilis del s.n.c. sin P.G., desde que el 100% de salidas con etiqueta de curación por otros tipos ha sido exclusivamente de mujeres. Los fallecimientos han sido en mayor escala de varones con P.G., el 90% de fallecidos han sido varones; en los otros tipos de sífilis del s.n,c. las mujeres han tenido el 53,47% del total de fallecidos. El total de fallecidos

por sífilis del s.n.c. en todos los tipos, ha sido del 68,90%. En los egresos, los varones han mostrado una mayer tendencia que las mujeres hacia la mejoría en todas las formas de sífilis del s.n.c.

Podemos decir, según los datos que exponemos en estas páginas: 1º) que la parálisis general se evidencia entre los 40 y 49 años con mayor nitidez que en otra época de la vida; 2º) que en las otras formas la edad preferencial está entre los 20 y 29 años; 3º) que los varones son más afectados que las mujeres por la P. G., en tanto que las mujeres lo son en mucho mayor grado por los otros tipos; 4º) que existe cierta afinidad entre las razas y la lúes, prevalencia de los mestizos y proporcionalmente de los negros y amarillos. Las mujeres han mostrado preferencia racial en la P. G. en las indias y mestizas; 5º) que la mayor región es la zona Costa-Sierra.

Como conclusión de este acápite, diremos que la sífilis del sistema nervioso central tiene un pronóstico muy desfavorable según nuestra estadística, un curso crónico y una terminación fatal en más del 90 % de los casos de P. G. y en 68,90% del total de formas de sífilis del s. n. c.

*Psicosis debidas al alcohol.*—Veamos ahora los ingresos producidos por el alcohol. En este acápite hemos comprendido, para facilidades de exposición, los dos tipos de trastornos alcohólicos, aquellos que no han presentado psicosis y aquellos que son acompañados de ella.

Es muy interesante notar cómo los ingresos por simple alcoholismo han sido casi cuatro veces menores que los estados mentales patológicos debidos al etilismo. Por alcoholismo han ingresado 58 enfermos, en tanto que por psicosis alcohólicas han sido 251. Las mujeres han tenido un número sumamente reducido, 7 en los primeros y 19 en los segundos. Es evidente que los trastornos mentales producidos por el alcohol se revelan en forma bastante marcada en las estadísticas, mas si tenemos presente la predisposición que hay en nuestro medio al abuso de bebidas alcoholizadas, no podemos decir que el número de enfermos con psicosis debidas al alcohol ingresados durante el quinquenio que estudiamos sea el índice de alcoholización en nuestro medio; muy lejos estamos de ello, porque, en muchos sectores sociales, geográficos y raciales, se hace uso de substancias de esta especie; uso que se ha trocado en abuso con el paso sucesivo de las generaciones. El problema del alcohol tiene vastas repercusiones e involucra a su vez graves cuestiones sociales. La alcoholización en nuestro medio es una costumbre ancestral, costumbre heredada en parte desde tiempos remotos, anteriores a la conquista española. Más abajo veremos los datos estadísticos y podremos apreciar que los indios no tienen un índice de hospitalización muy elevado por el alcohol, siendo, sin embargo, una raza afecta a las bebidas espirituosas. El indio yunga, de configuración psicológica tan diferente al indio serrano, es también aficionado a la bebida espirituosa, costumbre que ha venido observando desde tiempos lejanos y que hoy podemos apreciar en todas las comunidades costeñas. Esta afición al alcohol, como a la coca, ha dado

como consecuencia que nuestros conglomerados humanos tengan, en parte, una capacidad psicológica limitada, desde que la herencia hecha en terrenos muy intoxicados ha tenido que influir notablemente en el desarrollo progresivo de la raza. Los conflictos sociales que el alcohol ha desarrollado en nuestros medios humanos han creado y crean constantemente problemas jurídicos y médicos de importancia. Además, el alcohol es muchas veces vía de acceso hacia trastornos mentales de muy diversa índole e igualmente el alcohol es un síntoma de procesos patológicos de la esfera psíquica. Como hemos dicho anteriormente, nuestros habitantes serranos son amantes del alcohol, especialmente de la chicha y del ron; sabemos también cómo se presentan alteraciones colectivas en el curso de grandes libaciones tenidas en común, de consecuencias sumamente variadas y que dan margen a problemas judiciales. Sin embargo, hasta el presente el número de ingresos al hospital por efectos del alcohol no guarda relación con el consumo y el abuso que se hace de él. No es posible pensar que en todo el territorio de la República en el que se consume ingentes cantidades de bebidas fermentadas y en el que parte muy apreciable de los habitantes, por diversas causas, se alimentan mal o en forma insuficiente, sólo hayan tenido un ingreso global por el alcohol de 309 casos. Es sí muy interesante comprobar que el alcoholismo sin psicosis ha tenido un porcentaje cuatro veces menor, lo que está hablando de las graves consecuencias que producen las bebidas espirituosas en el psiquismo, desde que las psicosis debidas al alcohol han tenido un porcentaje cuatro veces mayor. Si nosotros hubiéramos podido consignar los datos relativos al uso del alcohol en una serie de individuos tales como los epilépticos, débiles mentales, maníaco-depresivos, paralíticos generales, personalidades psicópaticas, hubiéramos podido comprobar que este número es mucho mayor. El alcoholismo es sintomático en estos procesos mentales y sólo da la voz de alarma, como sucede también en la demencia precoz, especialmente en la de tipo simple. Este refugio que buscan muchos enfermos mentales en las bebidas alcoholizadas no hace sino descorrer el velo que impedía la aparición de la enfermedad y hacer que ésta se muestre en toda su nitidez. Para los efectos de la estadística hospitalaria sólo se consignan los tipos alcohólicos puros sin psicosis y las psicosis debidas al alcohol.

Actualmente, se consigna en nuestra estadística hospitalaria los casos de alcoholismo sin psicosis por el cambio que ha sufrido el criterio policial a este respecto. Antiguamente, los casos agudos eran dejados en los puestos de policía y eran tratados como simples detenidos. En la actualidad, la policía ve a los ebrios con mejor criterio y los remite al hospital para enfermos de la mente. Pero, en términos generales, los casos de alcoholismo agudo son tratados en el hogar como casos de emergencia, sin llegar, por lo tanto, hasta el interior mismo de un establecimiento hospitalario. Por lo demás, este tipo de afección tiende a recuperarse rápidamente y la mayor parte de los bebedores consultan a través del Dispensario de Higiene Mental.

Los casos que requieren un tratamiento mucho más serio y que precisan asistencia médica permanente son los que tienen una repercusión del tipo de la psicosis debidas al alcohol en todas sus formas. Por eso vemos que también su número de ingresos es mayor. Las psicosis debidas al alcohol tienen un gran índice de recuperabilidad. Por los datos estadísticos, podemos apreciar la forma cómo han egresado los casos de psicosis debidas al alcohol durante un quinquenio. Veamos ahora las cifras estadísticas. En el curso del quinquenio que venimos estudiando han ingresado 309 casos por alcoholismo, de los cuales 58 fueron por alcoholismo agudo (alcoholismo sin psicosis) y 251 fueron de alcoholismo con trastornos mentales (psicosis debidas al alcohol). De los primeros, 7 fueron mujeres y de los segundos 19 (el 2,26% y el 6,15%, total 8,41%). Quiere decir que el 91,59% de los primeros ingresos en total de ambas fueron hechos por varones. En los casos de alcoholismo agudo, los varones acusan un porcentaje de 87, 93%, el 16,50% del total de casos de ambos tipos. En las psicosis debidas al alcohol, los varones tuvieron el 92,43%, el 75,08% del total de ingresos de ambas formas.

***Raza en los primeros ingresos debidos al alcohol (alcoholismo sin psicosis y psicosis debidas al alcohol)***

***Raza blanca.***—Ingresaron 37 casos, 35 varones y 2 mujeres, 29 con psicosis debidas al alcohol y 8 con alcoholismo agudo (6 varones y 2 mujeres). El porcentaje respectivo ha sido 11,97-11,32-0,65% para la raza blanca. En los ingresos por psicosis debidas al alcohol, el 100% de raza blanca fueron varones: en el alcoholismo agudo el 75% fueron varones y el 25% mujeres.

***Raza mestiza.***—Ingresaron 211 casos, 190 varones y 21 mujeres, 173 por psicosis debidas al alcohol y 38 por alcoholismo agudo (155-18 y 35-3, respectivamente). Porcentaje respectivo: 68,27%-61,48%-6,79.%. En los ingresos por psicosis debidas al alcohol de mestizos, el 89,42% fueron varones y el 10,58% mujeres; en el alcoholismo agudo el 92,10% fueron varones y el 7,90% mujeres.

***Raza india.***—Ingresaron 28 casos, 23 por psicosis debidas al alcohol y 5 por alcoholismo agudo. Porcentaje respectivo, del total de ingresos por el alcohol: 9,09-8,09-1%. En las psicosis debidas al alcohol el 100% fueron varones; en el alcoholismo agudo, el 80% fueron varones y el 20% mujeres.

***Raza negra.***—Total de casos 13, 10 por psicosis debidas al alcohol y 3 por alcoholismo agudo. Porcentaje respectivo del 4,20%-3,23%-1,97%. En ingresos por psicosis debidas al alcohol, el 90% fueron varones y el 10% mujeres. En ingresos por alcoholismo agudo, el 66,66% fueron varones y el 33,33% mujeres.

***Raza amarilla.***—Total de casos 20, 16 por psicosis debidas al alcohol, 4 por alcoholismo agudo. Porcentaje respectivo: 6,47%-5,18%-

1,29%. En ambas formas, el 100% respectivo fueron de varones.

*Edad de los ingresos.*—La edad de los ingresos por intoxicacíón alcohólica, con y sin psicosis, tienen una incidencia mayor entre los 30 y 39 años. En las psicosis debidas al alcohol, entre los 10 y 19 años, sólo hubo un caso durante todo el quinquenio. En el alcoholismo agudo sólo se han presentado casos en el hospital a partir de los 20 años. Han sido más frecuentes los ingresos a partir de los 50 años, por psicosis debidas al alcohol que por simple estado alcohólico. En la primera forma han habido 62 casos, comprendiendo a los ingresos de 50 años en adelante, en tanto que en el simple estado alcohólico ha habido sólo 10 ingresos, es decir 6 veces menos. En la psicosis debidas al alcohol, las edades que tienen mayor número de ingresos están comprendidas entre los 30 y 39 y 40-49 años. En los estados alcohólicos, la relación ha sido 30-39 y 20-29 años. El mayor número de mujeres con psicosis debidas al alcohol se registró entre los 40-49 años, el 30,76% del total de ingresos de mujeres alcohólicas y el 72,10% del total de mujeres con psicosis debidas al alcohol. El 20% de los ingresos comprendidos entre los 50-70 y más años fueron por psicosis debidas al alcohol, por simple estado alcohólico el 3,30%. Las mujeres comprendidas en estas edades tuvieron el 2,58%, 1,61% por psicosis debidas al alcohol y el 0,97% por alcoholismo. Comparemos, ahora, la relación porcentual de las edades en relación con los ingresos por el alcohol; 10-19, 0,32%-100% de ingresos de esa edad por psicosis debidas al alcohol. 20-29, 12,29- psicosis debidas al alcohol 8,09%- alcoholismo agudo 4,20%. 30-39, 32,36% psicosis debidas al alcohol : 24,95%-alcoholismo agudo 7,41%-40-49, 27,18%-psicosis debidas al alcohol : 14,88%- alcoholismo agudo : 12,30%.- 50-59, 19,41%- psicosis debidas al alcohol 14,88%- alcoholismo agudo : 4,53%.- 60-69, 4,85%- psicosis debidas al alcohol : 3,23%- alcoholismo agudo : 1,62%.- 70 y 2,26%- psicosis debidas al alcohol: 1,94-alcoholismo agudo : 0,32%.- El 4,53% de los ingresos totales se ignora su edad.

***Clasificación por regiones de primeros ingresos (Psicosis debidas al alcohol y Sin Psicosis, alcoholismo).***

***División Norte-Centro-Sur.***—Ingresaron respectivamente: 32,28-4; 202,163-39; 27,21-6. Porcentajes respectivos: 10,35%, 9,06-1.29%; 65,34%, 52.75%-12.59%; 8.73%, 6.79%-1.94%.

***División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.***—Ingresaron respectivamente: 14, 12-2; 170,141-29; 8,8-0; 11,9-2; 58,42-16; 0,0-0. Porcentaje respectivo; 4,53%, 3,88%-0.65%; 55%, 45.63%-9.37%; 2.59%, 2.59%-0%; 3.55%, 2.93%-0.96%; 18.76%, 13.59% 5.17%; 0,00%.

El ingreso de mujeres ha estado circunscrito en ambas formas de alcoholismo, en la primera división, a la región del Centro por alcoholismo sin psicosis y en la segunda división a las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva. En las psicosis debidas al alcohol, las zonas de mayor

ingreso han sido el Centro y Costa-Sierra. Es interesante anotar que todos los ingresos de mujeres, menos uno, fueron del año 1941.

Conclusión: los ingresos del quinquenio por alcoholismo han sido mucho mayores por psicosis alcohólica que por simple estado alcohólico, 81,22% y 18,88% respectivamente. Las mujeres acusan un porcentaje muy bajo de ingresos por el alcohol en sus dos formas.

El ingreso según la edad ha sido el siguiente: en las psicosis debidas al alcohol el índice de ingresos tiene una incidencia muy superior entre los 30 y 49 años; en el alcoholismo entre los 30 y 39 años. Los mestizos han acusado el mayor porcentaje de ingresos, estando los blancos en proporción bastante apreciable. De las regiones geográficas, las que mayor incidencia han acusado la Costa y las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva.

Los egresos por alcoholismo se computan solamente aquellos que están en relación con las psicosis alcohólicas, pues los simples estados agudos de alcoholismo fueron dados de alta en tiempo breve y son catalogados como curados todos ellos.

Los egresos de psicosis alcohólica han sido como sigue: Curados el 19,29%, habiendo acusado las mujeres el mayor porcentaje; mejorados el 49,52% con predominancia de los varones; sin mejoría el 5,79%, y fallecidos el 25,40%. Podemos decir que entre curados y mejorados han salidó el 68,81% del total de egresados por psicosis alcohólica, lo que da un porcentaje bastante apreciable de readaptación social de estos enfermos.

Podemos decir que de los ingresos por alcoholismo en sus dos formas existen los hechos siguientes: las psicosis alcohólicas son formas más frecuentes de presentación que el simple alcoholismo en nuestro Hospital, porque estos últimos son atendidos preferentemente en sus hogares y los que son conducidos a aquél es por la vía policial; que a partir de los 30 años es más frecuente la presentación de los estados alcohólicos, en especial de las psicosis debidas al alcohol; que los mestizos son los que acusan mayor porcentaje, aunque los blancos tienen una relación porcentual comparativamente alta en relación con el número parcial en nuestro medio; que las zonas geográficas que mayor porcentaje acusan son las más próximas al centro geográfico de mayor acceso a la Capital, Centro, Costa, Costa-Sierra y Sierra-Selva. Que el porcentaje de curabilidad y mejoría tiene un índice alto, lo que habla en favor de una buena adaptación social y de un rendimiento útil posterior de estos enfermos. A pesar de lo expuesto anteriormente, llama la atención que, siendo nuestro medio tan afecto a las bebidas alcohólicas, no exista mayor número de ingresos por psicosis alcohólica. Posiblemente una investigación minuciosa del uso y abuso del alcohol en nuestras comunidades demostraría que conviven dentro de ellas sujetos deteriorados por los excesos alcohólicos. Más aun, está en las tendencias psicológicas raciales de nuestro medio un estado

de cierta tristeza por elementos que el hombre andino no llega a comprender o a aquilatar, que lo hacen víctima de los excesos alcohólicos para disipar o para borrar la angustia y la nostalgia que lo asaltan. Cuando se realicen investigaciones integrales sobre este aspecto, veremos que los desórdenes sociales que el alcohol provoca en nuestro medio son muy extensos y que sus repercusiones son extremadamente graves. Por desgracia, los efectos del alcoholismo, no son tomados con la debida seriedad, dejándose a los sujetos que padecen de esos trastornos vivir en comunidad, con grave detrimento para las relaciones sociales.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.—Epilepsia*

Han ingresado en el quinquenio 360 casos, 229 con psicosis debidas a desórdenes convulsivos y 131 por epilepsia sin psicosis. Esto representa al 11.79% de los totales de primeros ingresos, correspondiendo respectivamente el 7.48% a las psicosis con desórdenes convulsivos y el 4.33% a la epilepsia sin psicosis, el primero acusó el 63.71% y el segundo 36.39.%.

Desde el punto de vista del sexo, los varones tuvieron 206 ingresos y las mujeres 154. La división según el diagnóstico ha sido : varones 112-94, mujeres 117-37. respectivamente. El porcentaje en relación con el sexo es: varones 57.22%; mujeres 42.78%.

En las psicosis debidas a desórdenes convulsivos, las mujeres acusaron el 51.09% y los varones el 48.91%. En la epilepsia sin psicosis la relación fué: varones 72.51%; mujeres 23.49%.

**Raza.**—Han ingresado en el quinquenio : blancos 21, 13-8, el 5.83% del total por ambas formas, el 3.61% y el 2.22%, respectivamente. En las psicosis debidas a desórdenes convulsivos ingresaron 2 varones y 11 mujeres, 15.39% y 84.61% respectivamente. En la epilepsia sin psicosis la relación fué : varones 7, mujeres 1; porcentaje respectivo : 87.50% y 12.50%. Mestizos : 278 casos, 174 varones y 104 mujeres; porcentaje : 77.22%, 48.33% y 28.89%, respectivamente Varones : 167, 89 y 78 respectivamente; porcentaje : 46.38%; mujeres : 111, 85 y 26 respectivamente; porcentaje : 30.84%. En las psicosis debidas a desórdenes convulsivos, la relación raza-sexo ha sido : varones : 51.14%; mujeres : 48.86%. y en la epilepsia sin psicosis : varones 75%; mujeres 5%.

***Raza india.***— Total : 45, 27-18, porcentaje : 12.50%, 7.50% y 5% Varones: 21, 13-8; 46.67%, 29% y 17.67%. Mujeres: 24, 14-10; porcentaje: 53.33%:. En las psicosis debidas a desórdenes convulsivos, la relación raza-sexo ha sido : varones 48.14%; mujeres 51.86%. En la epilepsia, la relación raza-sexo ha sido : varones 44.45%; mujeres 55.55%.

***Raza negra.***— Total : 12, 11-1; porcentaje : 3.33%, 3.05%-0.28%. Varones: 5, 4-1; 41.66%. Mujeres: 7, 7-0, 58.34%. En las psicosis debidas

a desórdenes convulsivos, la relación raza-sexo ha sido: varones 63.63%; mujeres 36.37%. En la epilepsia, el 100% de sujetos de raza negra fueron varones.

*Raza amarilla.*— Total: 4 casos, 1.11%. Los cuatro referidos se deben a psicosis con desórdenes convulsivos, el 100% de ingresos de esta raza. El 100% fueron varones.

*Edad de los primeros ingresos.*- Hasta los 9 años: 0-20, 5.55% del total. El 100% de ingresos de esta edad son por epilepsia, 70% varones y 30% mujeres. De 10 a 19 años, 110, 30.55% del total. El 48.19% a psicosis debidas a desórdenes convulsivos y el 51.81% a epilépticos. De 20 a 29 años, 135, el 37.50% del total. El 77.03% de esta edad fué de las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y el 22.97% a la epilepsia. De 30 a 39 años, 49, el 13.61% del total de casos por ambas formas. El 79.38% correspondió, en esta edad, a las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y el 30.62% a la epilepsia. De 40 a 49 años, 22 enfermos, el 6.11% del total de ambas formas; el 86.36% a las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y el 13.64% a la epilepsia. De 50 a 59 años, 6 enfermos, el 1.76% del total de estos ingresos, correspondiendo a las psicosis debidas a desórdenes convulsivos el 83.33% y el 16.67% a la epilepsia. De 60 a 69 años 2 enfermos, el 0.55% del total, siendo el 100% de psicosis debidas a desórdenes convulsivos. Sin datos, 16 enfermos, el 4.44% del total. El 75% fué de psicosis debidas a desórdenes convulsivos y el 25% de la epilepsia. La edad que muestra predominancia en las psicosis debidas a desórdenes convulsivos es de los 20 a 29 años, el 45.41% de los primeros ingresos; en la epilepsia, la edad que mayores ingresos produjo fué entre los 10 a 19 años, el 43.51% del total. En ambas formas se aprecia claramente la curva de la edad en que la epilepsia empieza antes de los 9 años y en las psicosis debidas a desórdenes convulsivos entre los 10 y 19 años. Decrece el proceso por causas de todos conocidas entre los 40 y 49 años, siendo en los linderos de la senectud muy escasos los ingresos por esta causa. Después de los 60 años sólo ingresaron en el quinquenio 2 enfermos e incluso entre los 50 y 59, 6, 5 con psicosis y uno con epilepsia. La epilepsia sin psicosis como las psicosis debidas a desórdenes convulsivos, son siempre procesos de los primeros años de la vida que no es frecuente que lleguen a prolongarse a la edad madura. Es bien sabido que los sujetos que padecen de procesos convulsivos, con o sin psicosis, tienen vida corta debido a accidentes que se presentan en el curso de la existencia y que están ligados a alteraciones orgánicas notables.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*— Porcentajes respectivos; 19.44%, 14.16% y 5.28%; 64.44%, 38.88% y 25.56%; 10%, 6.38% y 3.62%.

*División Costa, Costa-Sierra; Costa-Sierra-Selva; Sierra; Sierra-Selva; Selva.*—Porcentajes respectivos: 5%, 2.5% y 2.5%; 7.50%, 4.73% y 2.77%;

4.73%, 2.77% y 1.96%; 18.88%, 10.55% y 8.33%; 0%, 0%, 0%.

Vamos a consignar en este párrafo las altas debidas a psicosis con desórdenes convulsivos.

En el quinquenio salieron 336 enfermos de este rubro, 156 varones y 180 mujeres. De este total sólo uno salío curado desde el punto de vista de su psicosis. El 53.27% salieron mejorados; el 7.14% sin mejoría y el 39.29% fallecidos.

*Conclusión*: las psicosis debidas a desórdenes convulsivos son mayores en ingresos que la epilepsia sin psicosis. Teniendo en cuenta el gran número de casos que debe haber en el territorio, las cifras que hemos expuesto no expresan la verdad de este vasto y complejo proceso mental que tiene tantas repercuciones sociales y jurídicas. En los ingresos se puede apreciar la gran incidencia que tiene la edad en la aparición de la epilepsia y de las psicosis debidas a desórdenes convulsivos. En los primeros vemos aparecer antes de los 9 años cuadros epilépticos y en los segundos empieza el ingreso desde los 10 años. Las mujeres parecen tener una mayor incidencia en los ingresos por epilepsia y los varones muestran mayor porcentaje en las psicosis debidas a desórdenes convulsivos. Los mayores ingresos son hechos por la zona Centro, en la primera división geográfica, y por la zona Costa-Sierra en la segunda. Tanto en la epilepsia como en la psicosis epiléptica no se puede hablar de curación sino de mejoría transitoria, desde que los cuadros convulsivos esenciales son hasta el presente de mal pronóstico.

Lo que es necesario dilucidar es el número posible o probable de enfermos de este tipo que debería seguir los consejos del médico o estar internados. Ya hemos indicado más arriba que, de acuerdo con los cálculos que ha hecho Tredgold, debería de haber en nuestro país unos 21,000 sujetos padeciendo de desórdenes convulsivos, de los cuales deberían estar internados en instituciones especiales, como se hace en otros lugares del mundo, un número de epilépticos que represente el 24 por 100,000 de la población total del país. Naturalmente que estas cifras están sujetas a revisión, aunque nos inclinamos a creer que no están lejos de la verdad.

*Psicosis maníaco-depresiva.— Primeros ingresos.*

Durante el quinquenio: 117 enfermos, el 3.82% del total de primeros ingresos, siendo 34 hombres y 83 mujeres, 2.71% y 1.11% respectivamente.

*Sexo. Relación de los ingresos.*—Varones: 29.06% mujeres: 70.94%. Como puede apreciarse, existe una predominancia de esta psicosis en las mujeres. Esto se evidencia igualmente en la relación entre raza y sexo. Las mujeres que mayormente acusan ingresos con esta psicosis son las de raza blanca y las mestizas, el 47% de las mujeres

son de raza mestiza y el 15.38% son blancas, es decir, el 62 38% del total de ingresos de mujeres por este tipo de psicosis.

*Raza de los primeros ingesos.*—De los 117 casos, el 19.66 de raza blanca (5 varones y 18 mujeres). La relación porcentual de estos dos es: varones 21.74%, mujeres 78.26%.

*Raza mestiza*—El 64.96% (76 casos, 21 varones y 55 mujeres). La relación porcentual de ambos sexos es: varones 36.37%, mujeres 63 63%.

*Raza negra.*— El 0.85% (un caso, una mujer). El 100% del sexo femenino.

*Raza amarilla* Tuvo el 5.13% (6 casos, 4 varones y 2 mujeres). La relacion porcentual de los sexos en esta raza ha sido: varones, 66.66%; mujeres, 33.34%.

*Edad de los primeros ingresos.*—La edad muestra una curva muy característica; empieza entre los 10 y 19 años llegando al maximo entre los 20 y 29 años, decreciendo despues para llegar casi a desaparecer. Los porcentajes han sido como sigue:

De 10-19 años: 13.68%-20-29 años: 26-50%-30-39 años: 25.64%-40-49 años: 18.80%-50-59 años: 6.84%-60-69 años: 3.42%-70 y más años: 0.85%. No hay datos: 4.27%. La relación porcentual de edad-sexo, dentro de cada unidad de años, ha sido: 12.50-87.50%.-29 07-70.96%.-23. 34%-76.66%.-45.46%-54.54%.-37.50-62.50%.-25.75%.-0.0-100%.-40.60%.

*Clasificacion por regiones.*—En la division geográfica Norte-Centro-Sur, los ingresos han ocupado el siguiente lugar: los mayores los ha tenido la zona Centro con el 49.57%; ha seguido la zana Norte con el 18.80% y, por último, la zona Sur con 9.40%.

En la segunda división· Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra-Selva y Selva- la proporción ha sido : Costa-Sierra ha tenido el 50.43%; la Sierra-Selva el 13.78%; la Costa el 6.84%; la Costa-Sierra-Selva el 4.27% y, por último, la Sierra con el 2.56%.

Los extrajeros e ignorados han tenido en ambas el 22.22%.

*Estado de los pacientes en el momento de egresar* Según los datos estadísticos han salido 21.50% de curados y 50.93% de mejorados. Teniendo en cuenta la naturaleza de la psicosis maníaco-depresiva, se puede decir que aquellos que están catalogados como "curados" es simplemente por finalidad estadística, pero esto no significa que los pacientes están realmente curados de sus procesos, ya que esto obedece a un ciclo bien definido y, por lo tanto, siempre en permanente evolución. Socialmente pueden estar curados enforma tenporal, mas

no desde un punto de vista rigurosamente científico, desde que se sabe que el proceso no tiene actualmente un pronóstico favorable. Es imposible decir cuándo realmente un maníaco ha curado y si un paciente de este tipo no volverá a un hospital para enfermos de la mente. Podemos decir, mejor, que el 72.43% han salido mejorados, lo que sí tiene una importancia social. Ha habido una mayor alta de mujeres que de varones. Si tomamos las altas de curados y mejorados, veremos que la relación ha sido la siguiente: varones, 38.32%, mujeres, 71.78%. Además, en las salidas bajo el rubro de curados, las mujeres han tenido un número mucho mayor que los hombres; la relación ha sido : varones, 8.70%; mujeres 91.30%. Los salidos sin mejoría alcanzan un porcentaje del 6.54% y los fallecidos el 21.03%, siendo en estos últimos mayor el número de varones que de mujeres.

Estos datos parecen demostrar que la readaptación permanente o temporal de los maníacos a la vida social, tiene amplias posibilidades y grandes alcances dentro del concepto psiquiátrico moderno. A menudo, los maníacos son sujetos que no llegan a los hospitales para enfermos de la mente y deambulan dentro del ámbito de la colectividad, creando factores de cierta intolerancia, o de cierta tensión emocional por el polimorfismo de sus acciones.

*Conclusión*: los ingresos de psicosis maníaco-depresiva han sido según muestra la estadística, muy reducidos, no alcanzando sino el 3. 82% en el quinquenio. Las mujeres han estado en mayor proporción que los varones, pareciendo tener preferencia por aquel sexo. La edad de presentación ha sido mayormente entre los 20 y 39 años. Por los datos expuestos, los enfermos de psicosis maníaco-depresiva parecen no alcanzar una edad muy larga y no ser su presentación tardía. Los mestizos han estado en mayor proporción que los demás tipos raciales. El ingreso de blancos ha sido preferentemente hecho por mujeres. La raza amarilla parece tener cierta tendencia a la psicosis maníaco-depresiva, dado el número total de ingresos de este tipo racial. Comparativamente la raza india, así como la negra, no muestran un número muy apreciable de maníacos.

Desde el punto de vista de las salidas, podemos decir que los maníacos han mostrado un gran porcentaje de egresos como curados y mejorados, ambos términos preferimos englobarlos en el último de estos, lo que da a dichos enfermos margen para una buena adaptación social y una convivencia más o menos normal, más o menos prolongada dentro de la sociedad.

*Deficiencia mental.—*

En este capítulo vamos a involucrar las dos formas de la deficiencia mental, la que va acompañada de psicosis y la que no va acompañada por psicosis.

Han ingresado durante el quinquenio 258 casos, 153 sin psicosis y

105 con psicosis. Porcentaje respectivo: 8.43%-5%-3.43%. Relación porcentual entre ambas formas; 59.30% de deficiencia mental, 40.70% deficiencia mental con psicosis.

*Relación porcentual según el sexo.*—En el quinquenio han ingresado 124 varones y 134 mujeres; la relación porcentual ha sido: 48.24% y 51.76%. Si hacemos un cuadro comparativo de los ingresos en relación con el sexo y según el diagnóstico mental, tenemos el 64.51% de los varones fueron catalogados como deficientes mentales y el 35.49% como casos de psicosis con deficiencia mental. En las mujeres, la relación ha sido: el 54.47% deficientes mentales y el 45.53% psicosis con deficiencia mental.

*Edad de los primeros ingresos.*

*Relación de edad y sexo.*—Hasta 9 años, 40 casos, 33 con deficiencia mental y 3 de psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje del 15.50%-12.79% y 2.71%; el 67.50% varones y el 32.50% mujeres.

De 10 a 19 años, 107-67 con deficiencia mental y 40 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje de 41.47%-25.58% y 15.89% respectivamente. El 43.93% varones y el 56.07% mujeres.

De 20 a 29 años, 48-22 con deficiencia mental y 26 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje respectivo de 18.60%-8.53% y el 10.07% El 56.25% varones y el 43.75% mujeres.

De 30 a 39 años, 22-12 con deficiencia mental y 10 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje respectivo del 8.52%-4.65% y 3.87%. El 50% varones y el 50% mujeres.

De 40 a 49 años, 10-2 con deficiencia mental y 8 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje de 3.87%-3.10% y 0.77%, respectivamente. El 50% varones y el 50% mujeres. El 10% de esta edad por deficiencia mental fueron varones.

De 50 a 59 años, 3-1 por deficiencia mental y 2 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje de 1.16%-0.39% y 0.77%, respectivamente. El 33.34% varones y el 66.66% mujeres. El 100% por deficiencia mental fueron varones y el 100% con psicosis con deficiencia mental mujeres.

De 60 a 69 años sólo ingresó un caso, que fué de deficiencia mental, el 0.38% de este tipo de desorden mental. El 100% fué de varones.

De 70 y más años un enfermo: 0.38% del porcentaje global. El 100% correspondió a la psicosis con deficiencia mental y fué de sexo femenino.

Sin datos, 26 enfermos-15 con deficiencia mental y 11 con psicosis con deficiencia mental, con un porcentaje del 10.07% - 5.81% y 4.26%, respectivamente. El 38.47% varones y el 71.53% mujeres.

*Raza de los ingresos.*

*Raza blanca.*—17 - 11 con deficiencia mental y 6 con psicosis con deficiencia mental, el 6.58% del porcentaje global de dichos ingresos-y 2.32%, respectivamente. El 74.70% por deficiencia mental y el 35.30% por psicosis con deficiencia mental. El 58.82% varones y el 41.18% mujeres.

*Raza mestiza.*— 165 - 104 con deficiencia mental y 61 con psicosis con deficiencia mental. El 63.95% del total de ingresos de estos tipos - 40.30% y 23.65%, respectivamente. El 63.03% fueron por deficiencia mental y el 36.97% por psicosis con deficiencia mental. El 52. 12% varones y el 47.88% mujeres.

*Raza india.*— 65 - 31 con deficiencia mental y 34 con psicosis con deficiencia mental, el 25.19% del total - 12.02% y 13.17%, respectivamente. El 47.70% fué por deficiencia mental y el 52.30% por psicosis con deficiencia mental. El 35.39% varones y el 64.61% mujeres.

*Raza negra.*— 9 - 5 con deficiencia mental y 4 con psicosis con deficiencia mental, el 3.48% del total de ingresos - 1.93% y 1.55%, respectivamente. El 55.55% fueron por deficiencia mental y el 44.45% por psicosis con deficiencia mental. El 55.55% varones y el 44.45% mujeres.

*Raza amarilla.*—2 enfermos, el 0.77% del total de ingresos. El 100% de deficiencia mental y el 100% mujeres.

*Ingresos según regiones.*

*División Norte-Centro-Sur.*

*Norte.*—Ingresaron 27 enfermos-20 con deficiencia mental y 7 con psicosis con deficiencia mental, el 10.46% del total de estos ingresos-7-79% y 12.67%, respectivamente. El 55.55% varones y el 44. 45% mujeres.

*Centro.*— 164 - 95 con deficiencia mental y 69 con psicosis con deficiencia mental, el 63.69% del total de estos ingresos - 36.82% y 26.77%, respectivamente. El 43.91% varones y el 56.09% mujeres.

*Sur.*— 21 - 13 con deficiencia mental y 8 con psicosis con deficiencia mental, el 8.13% del total de estos ingresos-5.03% y 3.10%, respectivamente. El 66.66% varones y el 33.34% mujeres.

*División Costa.–Costa-Sierra.–Costa-Sierra-Selva.–Sierra.–Sierra-Selva.–Selva.*

***Costa.***— 14 enfermos-9 con deficiencia mental y 5 con psicosis con deficiencia mental, el 5.42% del total de estos ingresos-3.49% y 1.93%, respectivamente. El 64.28% varones y el 35.72% mujeres.

***Costa - Sierra.***— 134 – 75 con deficiencia mental y 59 con psicosis con deficiencia mental, el 51.93% del total de estos ingresos-29.45% y 22.48%, respectivamente. El 46.27% varones y el 53.73% mujeres.

***Costa - Sierra - Selva.***—11 - 9 con deficiencia mental y 2 con psicosis con deficiencia mental, el 4.26% del total de estos ingresos-3.5% y 0.7%, respectivamente. El 54.54% varones y el 45.46% mujeres.

***Sierra.***—6 - 4 con deficiencia mental y 2 con psicosis con deficiencia mental, el 2.71% - 1.55% y 1.16%, respectivamente. El 100% de los ingresos fueron varones.

***Sierra - Selva.***— 46 - 37 con deficiencia mental y 15 con psicosis con deficiencia mental - el 17.82% del total de los ingresos- 12.01% y 5.81%, respectivamente. El 39.13% varones y el 60.87% mujeres.

***Selva.***— 1 enfermo con deficiencia mental, varón-0.39% del total de los ingresos.

***Extranjeros e ignorados.***— 46 enfermos - 25 con deficiencia mental y 21 con psicosis con deficiencia mental, el 17.82% del total de estos ingresos - 9.69% y 8.13%, respectivamente. El 50% varones y el 50% mujeres.

***Estado al egresar de los pacientes con psicosis con deficiencia mental.***— Salieron en el quinquenio 97 enfermos-38 varones y 64 mujeres.- El 35.05% mejorado y el 6.19% sin mejoría. El porcentaje de defunciones fué del 58.76% (57 casos en el quinquenio).

***Conclusiones.***— Las consideraciones que podemos sacar de los datos expuestos anteriormente son interesantes. En primer lugar, las cifras de ingreso no son el reflejo de la realidad. El número de deficientes mentales, con o sin psicosis no es como para poder decir que los ingresos habidos en nuestro Hospital representan cifras de probabilidad. Los cálculos internacionales que dan un índice para conocer aproximadamente la población de deficientes en cada país nos dió en un trabajo presentado por nosotros (1) la cifra de 13.064 deficientes que requieren tratamiento. Esta cifra de 258 ingresos de deficientes, con o sin psicosis, durante un quinquenio, no traduce realmente ni da una idea aproximada del número de oli-

(1) Baltazar Caravedo y Baltazar Caravedo (hijo).

gofrénicos en toda la República. Los ingresos se han caracterizado: 1°) Por un ligero predominio de las mujeres. 2°) En la curva de la edad, los oligofrénicos tienen sus mayores ingresos desde mucho antes de los 9 años, teniendo su acmé entre los 10 y 19 años, decreciendo entre los 20 y 29; la curva se va haciendo cada vez más horizontal, conforme aumentan los años, siendo esporádico el ingreso en la edad adulta. El mayor ingreso según sexo-edad ha sido de las mujeres entre los 10 a 19 años. 3°) El ingreso según las razas ha dado como resultado un mayor porcentaje en la raza mestiza, con predominio de varones. El porcentaje racial de indios ha sido comparativamente más elevado que las razas blanca, negra y amarilla y, proporcionalmente, mayor que la mestiza. Más de la cuarta parte de ingresos, el 25.19%, fueron de esta raza y predominio de mujeres. En la raza negra hubo predominio de varones y en la raza amarilla el 100% de los ingresos fueron de mujeres. 4°). El ingreso según las zonas geográficas dió lo siguiente: en la región Norte mayores ingresos de varones, en el Centro de mujeres y en el Sur de varones. En la segunda división, los ingresos han sido como sigue: predominio de varones en la región de la Costa; de mujeres en la región Costa-Sierra; en la región Costa-Sierra-Selva, de varones; en la región o zona de la Sierra, el 100% fueron varones; en la zona Sierra-Selva, el predominio fué de mujeres; de la región de la Selva, los ingresos fueron 100% de varones. De estas dos divisiones, en la primera el mayor número de ingresos estuvo en la zona Centro y, en la segunda, en la zona Costa-Sierra. 5°) En las salidas, hemos visto que sólo puede computarse como mejorías algunos casos y que esta entidad, deficiencia mental con o sin psicosis, tiene una mortalidad muy elevada, lo que habla de la fragilidad orgánica de los pacientes. 6°) De los ingresos habidos, y a través de la experiencia recogida, hemos podido observar que los casos más profundamente deficientes en nuestro medio, son mujeres, siendo los varones más fácilmente educables desde el punto de vista de una pedagogía terapéutica.

Debemos de insistir que en nuestro medio obran múltiples factores en la producción de la deficiencia mental que toma formas muchas veces complicadas, dado el cuadro genético de los progenitores. Existen dos entidades que frecuentemente se suman, la epilepsia y la deficiencia mental. Si bien es cierto que las antiguas concepciones sobre la oligofrenia ya no priman en los cuadros nosológicos y que hoy se los interpreta de muy diversa manera, nosotros creemos que hay tres factores sociales que contribuyen mucho a la aparición de este cuadro en nuestro medio: el alcohol, la coca y la hipoalimentación del pueblo, en especial en las zonas alejadas de los centros urbanos. Además, el cuidado de las mujeres gestantes es primitivo en nuestros medios rurales, donde no hay elementos técnicos, quedando la asistencia en manos empíricas. Cuenta en esto los traumatismos craneofetales, la liberación mal hecha de los fetos en malas posiciones y las deformaciones que sufren los cráneos de los infantes en el curso de

los primeros años de su vida. A esto hay que agregar las infecciones que provocan sufrimiento al plasma germinal, cuyas consecuencias son de todos conocidas, el nacimiento de los niños en las circunstancias más inverosímiles, la deficiente alimentación de la madre durante el embarazo, etc. Seguramente que el día que se emprenda una investigación de las condiciones psíquicas y del desarrollo y evolución psicológica de nuestros habitantes, muchos elementos hasta ahora mal precisados serán entonces mejor valorados.

***Demencia precoz* (*Esquizofrenia*).**

Con este diagnóstico ingresaron 1042 enfermos, el 34.05% del total de los ingresos, teniendo los varones el 18.03%, y las mujeres el 16.02%. Los porcentajes respectivos de varones y mujeres, en relación con los ingresos de demencia precoz, se han dividido en 52.97% y 47.03%, respectivamente. En un trabajo realizado por uno de nosotros (1) en el que analizábamos los cuadros estadísticos de 9 años de primeros ingresos de demencia precoz, comparándolos con los ingresos por otras enfermedades mentales, vimos que el promedio de ingresos por estas psicosis era del 34%. Esta proporción se ha mantenido más o menos constante en el decurso de los años subsiguientes y es comparativamente a los ingresos de demencia precoz en los demás países americanos, más elevada que en muchos de ellos. Esta psicosis tiene entre nosotros un porcentaje más o menos igual al de los Estados Unidos de América; en 1937, el porcentaje de dementes precoces era entre nosotros del 56.57% y en el Estado de Nueva York del 55.70%.

En la mayor parte de los países de América, las estadísticas frenocomiales acusan un porcentaje que oscila alrededor del 30 al 31% de dementes precoces sobre el total de asistidos dentro de estos establecimientos. Esta entidad nosológica tiene en la psiquiatría contemporánea una gran importancia, habiendo suscitado, como hasta ahora sucede, profundas controversias y grandes investigaciones con el fin de desentrañar las causas o de hallar una explicación exclusivamente cultural de esta enfermedad. Mucho interés suscita la demencia precoz en el campo psiquiátrico, un interes que ha llevado a los investigadores por los campos más intrincados de las ciencias humanas. Por la demencia precoz, la psiquiatría ha ido, en buena parte, hacia la antropología, hacia la etnología y hacia la psicología evolutiva, buscando dentro de cada una de estas disciplinas pautas que puedan explicar el extraño de estos enfermos. Hay formas de demencia precoz que recuerdan comportamientos tan arcaicos que los sujetos semejan retrotraer el tiempo hacia épocas tan lejanas como la historia del hombre mismo, semejando en sus actitudes a las que seguramente tuvieron los grupos humanos en algún

(1) Baltazar Caravedo (hijo).

momento de su desarrollo.

Con la demencia precoz se han planteado los problemas más arduos para la psiquiatría y la medicina misma; han servido de acicate para establecer la unidad indestructible, esa unidad anímico-corporal que tanta importancia tiene para la comprensión del hombre cuando está enfermo. La esquizofrenia, como la psicosis maníaco-depresiva, son los trastornos psicógenos que tienen repercusiones más ostensibles en el aspecto físico de los individuos y son las que más interés han despertado desde el punto de vista fisiopatológico en todos los laboratorios donde se investigan las causales físicas de esta enfermedad.

Lo positivo es que la esquizofrenia conforma un conglomerado inmenso dentro de la vasta masa de enfermos mentales que hay en el mundo y en todos los países ha creado grandes problemas hospitalarios y ha suscitado preocupación su continuo acrecentamiento por la repercusión que pueda tener en la sociedad y mejor aun podemos decir que la esquizofrenia parece una quiebra profunda del hombre dentro del ámbito cultural presente. Con la esquizofrenia puede realmente plantearse la pregunta si ella es la causa o es la expresión del malestar de las comunidades. Como expresión de esto, tenemos las estadísticas mundiales que acusan su número en varios millones de pacientes. En el presente trabajo no pretendemos realizar una investigación unilateral sobre determinado tema y es por eso que no nos detenemos en consideraciones teóricas con mayor abundamiento como hubiera sido necesario hacerlo.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años.— 214 - 113 varones y 101 mujeres - el 20.54% 10.84% y 9.50% respectivamente.

De 20 a 29 años.— 447 - 244 varones y 203 mujeres - el 42.90% 23.41% y 19.49%.

De 30 a 39 años.— 214 - 112 varones y 102 mujeres - el 20.54% el 10.75% y el 9.79%.

De 40 49 años.— 88 - 48 varones y 40 mujeres - el 8.45% el 4.60% y el 3.85%.

De 50 a 59 años.—20 - 6 varones y 14 mujeres - el 19.92% - el 0.58% y el 1.34%.

De 60 a 69 años.— 5 - 1 varón y 4 mujeres - el 0.48% - 0.10% y 0.38%.

No hay datos de 54 enfermos - 28 varones y 26 mujeres - el 5.18

%-2.68% y 2.50%, respectivamente.

A través de estas cifras, podemos apreciar la relación tan estrecha que guarda la demencia precoz con la edad, y este hecho, demostrado desde muy antiguo y estudiado por uno de nosotros en un trabajo sobre el particular (1), tiene gran significación en el estudio de la mecánica y desenvolvimiento del proceso. En el trabajo antes mencionado, en el que hicimos una apreciación estadística muy completa sobre esta psicosis, estudiamos las curvas de primeros ingresos durante 9 años y concluimos que el período mas propicio para la aparición de la demencia precoz estaba comprendido entre los 9 y 29 años. En la estadística que hoy hacemos de un quinquenio, este mismo hecho vuelve a repetirse, pues entre los 10 y 29 años han ingresado el 63.44% de los catalogados como dementes precoces. Este hecho, tan conocido por los viejos investigadores, no ha perdido ni perderá su valor para enjuiciar los elementos causales de dicho proceso y una de cuyas partes más importantes radica en el factor edad. Que esta fase del problema es muy importante lo revela siempre el cambio tan acentuado que se opera en la personalidad cuando se reestructura sobre la base de nuevos valores patrones. La edad en sí, como hecho abstracto, no tiene importancia en la evaluación del problema, la tiene como un sentido total, como la expresión de un cambio que se opera en el hombre durante la pubertad y la adolescencia. Estas etapas son transitivas en la vida y los hombres sufren cambios profundos en la personalidad y en el carácter que los predispone hacia determinadas situaciones psicológicas; especialmente en aquellos espíritus predispuestos cuya labilidad psíquica los lleva a un fracaso profundo, a una escisión entre su mundo y el mundo externo.

*Raza de los primeros ingresos.*

*Raza blanca.*— 96 - el 9.21% de los ingresos. El 65. - 62% varones y el 34.38% mujeres.

*Raza mestiza.*— 788, - El 75.62%. 52.91% varones y el 43.09% mujeres.

*Raza india.*— 98 - el 9.41% del total.- El 38.78% varones y el 61.22 % mujeres.

*Raza negra.*— 31 pacientes - el 2.98% del total.- El 45.16% varones y el 54.84% mujeres.

*Raza amarilla.*— 29, el 2.78% del total.- El 68.96% fueron varo-

(1) Baltazar Caravedo (hijo).

nes y el 31.04% mujeres.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte-Centro-Sur.*

*Norte.*- 183, el 17.56% del total. El 59% varones y el 41% mujeres.

*Centro.*—623, el 59.79% del total. El 49.60% varones y el 50.40% mujeres.

*Sur.*— 125 pacientes, el 12% del total. El 57.60% varones y el 42.40% mujeres.

*División Costa.- Costa-Sierra.- Costa-Sierra-Selva.- Sierra.- Sierra-Selva.-Selva.*

*Costa.*— 49, el 4.70% del total. El 53.06% mujeres y el 46.94% varones.

*Costa - Sierra.*— 552, el 52.98% del total. El 52.17% varones y el 47.83% mujeres.

*Costa - Sierra - Selva.*— 71, el 6.81% del total. El 59.15% varones y el 40.85% mujeres.

*Sierra.*— 36, el 3.46% del total. El 58.33% varones y el 41.67% mujeres.

*Sierra - Selva.*— 220, el 21.11% del total. El 49.10% varones y el 50.90% mujeres.

*Selva.*— 3, el 0.29% del total. El 66.66% fueron varones y el 33.34% mujeres.

*Extranjeros e ignorados.*— 11 pacientes, el 10.65% del total. El 61.26% fueron varones y el 38.74% mujeres.

*Estado de los pacientes al tiempo de egresar.*

Curados en el quinquenio : 301, el 22.18% del total de salidos con este diagnóstico. El 82.72% mujeres y el 17.28% varones.

Mejorados : 544, el 40.09% del total de egresos. El 69.30% varones y el 30.70% mujeres.

Sin mejoría : 98, el 7.22% del total de altas. El 68.36% varones y el 31.64% mujeres.

Fallecidos : 14 en el quinquenio, el 30.51% del total de egresados. El 43% varones y el 57% mujeres.

*Conclusiones.*

Hemos visto en el acápite relativo a esta entidad nosológica algunos datos interesantes y que en anteriores trabajos hemos hecho hincapié, pues son bastante objetivos y pueden llevar a consideraciones que no están exentas de ciertos fundamentos psicosociales.

El volumen de ingresos de dementes precoces tiene un porcentaje del 34.05%, es decir, más o menos, la tercera parte de los primeros ingresos durante el quinquenio. Esta misma porcentualidad observamos, como dijimos más arriba, en los primeros ingresos de demencia precoz en el trabajo ya mencionado, hecho sobre 9 años de primeros ingresos de esta entidad nosológica. Sobre estas cifras se puede decir que realmente no hay diferencias substanciales con los primeros ingresos de otros hospitales del mundo.

El período de vida que más ingresos ha tenido en nuestro medio ha estado comprendido entre los 10 y 29 años, 661 pacientes, con el 63.44% del total de ingresos por demencia precoz. En este proceso también se observa claramente una curva de edad cuyo inicio es alrededor de los 10 años y su punto crítico al final de la adolescencia y comienzo de la juventud, para decaer posteriormente hasta ir desapareciendo. Los casos de adultos que ingresan por primera vez casi siempre son procesos antiguos con los cuales se tuvo gran tolerancia durante un lapso muy grande hasta hacerse imposible su permanencia en el medio familiar. Durante el quinquenio se han observado casos de la llamada demencia precocísima, en los niños menores de 10 años, hecho que sí observamos en nuestro trabajo anterior, aunque sólo fué un caso (1).

En los ingresos según las razas se observó que el mayor número corresponde a la raza mestiza, el 75.62%. En la raza blanca primaron los varones, en tanto que en la india ha sido lo inverso; igual hecho se presentó en la raza negra. La raza india, con ser su número relativamente grande en nuestro medio, ha tenido comparativamente muy pocos ingresos; esto puede explicarse principalmente por la configuración psicológica de la raza, cuyas características tienden hacia un permanente estado de introversión y, por lo tanto, de un alejamiento del mundo cultural de valores para ella no comprendidos. En el trabajo sobre la materia que publicó uno de nosotros (2) decíamos

---

(1) Baltazar Caravedo (hijo).

(2) Baltazar Caravedo (hijo).

que "la raza india vive dentro del temperamento esquizoide, recogida dentro de sí, sin anhelar mezclar sus vivencias con otras razas. Posiblemente, sus reacciones y sus actitudes, para nosotros esquizotímicas, son respecto de ella misma observadas como actitudes normales. Nos hemos acostumbrado a mirar a la raza india desde el ángulo de nuestras convicciones y de nuestros prejuicios culturales; pero, quizás, si la observásemos desde el ángulo de su propia cultura, no tomaríamos como extraña e indiferente su actitud ante el mundo, que suponemos es el de la cultura y la psicología del hombre de Occidente. Este problema harto complejo sobre la influencia de las razas en el determinismo o en la acción biológica del terreno humano para determinadas dolencias, hasta ahora es punto de gran interés especulativo y de investigaciones enormes; quizás pueda aceptarse ciertas tendencias de la antropología psiquiátrica sobre esta materia, desde que se observan formas de cultura primitivas tan distantes de los patrones culturales de Occidente que es imposible realizar una labor de búsqueda de similitudes o de igualdades en las diferentes formas de vida de muchas comunidades. Las mismas formas de la demencia precoz en la raza india se caracterizan por lo que Minkowski ha denominado el autismo pobre, hecho que está en relación con su fórmula psicológica, con sus tendencias y sus valores vivenciales."

Desde el ángulo geográfico, los ingresos por demencia precoz acusaron su mayor porcentaje en la primera división la región del Centro, con el 59.79% y, en la segunda, la zona Costa-Sierra con el 52.98%. Es de notar que la división geográfica en tres regiones, Norte, Centro y Sur, es sumamente amplia, pues abarca regiones que tienen clima y peculiaridades físicas muy diferentes entre sí. En esta división, las zonas geográficas están tomadas en conjunto en estas tres regiones y las diferencias que cada parte de nuestro territorio tiene no son tomadas en cuenta. En esta división geográfica casi toda la parte comprendida entre la Costa y los Andes está involucrada y es en esa región donde se halla mayor número de individuos racialmente autóctonos o con predominancias raciales indias. Por eso la división geográfica en zonas bien diferenciadas, como son Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva y Selva, tiende a ser más precisa. En esta segunda dlvisión, la región Costa-Sierra, o sea la ceja de sierra, tiene mayor número de ingresos, así como también la región Sierra-Selva, o sea la ceja de montaña; es decir, que las zonas límites entre regiones geográficas definidas son las que dan el mayor número de ingresos. Es interesante notar cómo las regiones de la Costa, de la Sierra y de la Selva, tienen porcentajes reducidos en relación con la demencia precoz, en especial la Sierra, cuyo porcentaje de ingresos es del 3.46%. La región de la Sierra, con poseer el mayor porcentaje de sujetos de raza india pura, no parece tener en este aspecto una porcentualidad muy elevada, lo que estaría en relación con el factor fundamentalmente racial y con la configuración psíquica de la raza india, desde que ésta es esencialmente esquizoide, con costumbres y modos de vida ajenos al movimiento cultural de los elementos blancos, mestizos o negros, e incluso de los indios yungas de la Costa, cuya configuración psicológica es tan diferente a la del serrano.

Las salidas de los enfermos por demencia precoz ha demostrado que el 62.27% tiene pronóstico favorable. De este porcentaje, el 22. 18% salieron curados y el 40.09% mejorados. Parece que las salidas por curación tuvieron un porcentaje más elevado en las mujeres que en los hombres, pues del total de salidos con esta etiqueta correspondió a las mujeres el 82.72% y el 17.28% a los varones (249 mujeres y 52 varones). En las salidas por mejoría los varones acusaron una porcentualidad más elevada que las mujeres, correspondiendo a los primeros el 69.30% y a las mujeres el 30.70% (377 varones y 167 mujeres). Si tomamos en consideración las salidas por curación y mejoría, vemos que en los primeros priman las mujeres y en los segundos los varones; este hecho ya ha sido anotado por otros investigadores, especialmente americanos, quienes exhiben estadísticas más o menos similares sobre este punto. En el trabajo que publicó uno de nosotros sobre "Algunas Consideraciones sobre la Esquizofrenia en el Perú" también anotamos el mismo hecho sobre una estadística de 9 años de esta entidad nosológica (1).

Debemos dejar sentado, por último, que en las investigaciones que sobre dicha enfermedad se han llevado a cabo en otros países demuestran que ella crea un conflicto hospitalario permanente, porque su número crece de manera incesante En el symposium sobre la esquizofrenia que realizó Heldt hace algunos años, anotaba que en el mundo deberían de haber más o menos 4'200.000 esquizofrénicos que necesitaban asistencia hospitalaria.

Las salidas sin mejoría representan el 7.22% del total de altas de demencia precoz, lo que tiende a decir que el pronóstico de esta entidad está cambiando desde la instauración de los nuevos procedimientos terapéuticos. Los fallecidos representan el 30.51% y de este porcentaje podemos decir que la tercera parte mueren por tuberculosis en todas sus formas y después por las enfermedades por carencia y las manifestaciones patológicas de tipo intestinal.

*Paranoia y Estados paranoides.*

Ingresaron 36 pacientes, el 1.17% del total de ingresos en el quinquenio. Varones 25 y mujeres 11, el 69.44% y el 30.56%, respectivamente.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años, 1, el 2.78%. El 100% varones.

De 20 a 29 años 4, el 11.11% del total de enfermos. El 100% varones.

(1) Baltazar Caravedo (hijo).

De 30 a 39 años 7, el 19.44% del total de estos ingresos. El 57.14% varones y el 42.86% mujeres.

De 40 a 49 años 14, el 38.89% del total de dacientes. El 7142% varones y el 28.58% mujeres.

De 50 a 59 años 10, el 27.78% del total de ingresos. El 60% varones y el 40% mujeres.

*Raza de los primeros ingresos.*

*Raza blanca*, 3, el 8.33% del total de ingresos. El 100% varones.

*Raza mestiza*, 28, el 77.78% del total. El 60.71% vorones y el 39.29% mujeres.

*Raza india*, 3, el 8.33% del total. El 100% varones.

*Raza negra*, no hubo ingresos.

*Raza amarilla*, 2, pacientes, el 5.56% del total de ingresos. El 100% varones.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte*, 4, el 11.11% del total. El 25% varones y el 75% mujeres.

*Centro*, 18, el 50% del total. El 77.77% varones y el 22.23% mujeres.

*Sur*, 8. El 75% varones y el 25% mujeres.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa*, 3, el 8.33% del total. El 66.66% varones y el 33.34% mujeres.

*Costa-Sierra*, 16, el 44.44% del total. El 81.25% varones y el 18 75% mujeres.

De la Costa-Sierra-Selva no hubo ingresos.

*Sierra*, un paciente, el 2.78% del total. El 100% mujeres.

*Sierra-Selva.* 10, el 27.78% del total. El 60% varones y el 40% mujeres.

*Selva.* No hubo ingresos.

*Extranjeros e ignorados.* 6, el 16.67% del total. El 66.66% varones y el 33.34% mujeres.

*Altas.*

Salieron 43 pacientes en el quinquenio, 14 varones y 29 mujeres, el 32.56% y el 67.44%, respectivamente.

Curados, 3, el 6.98% del total de altas. El 100% mujeres.

Mejorados, 15 pacientes, 34.88% del total de altas. El 33.34% varones y el 66.66% mujeres.

Entre curados y mejorados, 18 pacientes, el 41.86%. El 27.78% varones y el 72.22% mujeres.

Sin mejoría, salieron 4 pacientes, el 9.30% del total de altas. El 25% varones y el 75% mujeres.

Fallecidos, 21, el 48.84% del total de salidas. El 38.10% varones y el 61.90% mujeres.

*Conclusiones.*

La paranoia es rara y los estados paranoides no son frecuentes y su número en los ingresos a nuestro Hospital es reducido. La edad de mayor presentación está comprendida en los primeros ingresos entre los 40 y los 59 años, con un porcentaje global del 66.67% y es superior en varones. En la pubertad y en la adolescencia parecen ser muy raros estos procesos, así como en la edad senil, pues a partir de los 60 años no han habido ingresos con este diagnóstico. Los mestizos son los que mayor porcentaje acusan. En las razas blanca e india, los ingresos han sido exclusivamente de varones. La raza negra no ha tenido ingresos con este diagnóstico. Desde el punto de vista de la división geográfica en la zona del Centro ha acusado los más altos porcentajes, con predominancia de varones. En la segunda división, las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva son las que han tenido mayor porcentualidad.

La paranoia y los estados paranoides acusan un mejor pronóstico para las mujeres que para los varones, y las salidas por curación y mejoría han alcanzado el 41.86%. La mortalidad ha sido elevada, 48.84%. En total, entraron más varones que mujeres y salieron más mujeres que varones.

Repetimos, la paranoia es una enfermedad rara. Estadísticas de los Estados Unidos, demuestran que la paranoia y los estados paranoides se han diagnosticado en un 1.9% de los casos admitidos en los hospitales para enfermos de la mente, y se acepta que hay psiquiatras que no han visto un paranoico verdadero. En las dos terceras partes de los casos la enfermedad se inicia en el tercer decenio de la vida, pero se dan casos entre los 20 y 30 años. El curso de la enfermedad siempre es crónico y los psiquiatras están de acuerdo de que es incurable y que son enfermos muy peligrosos. Por desgracia, estos pacientes permanecen mucho tiempo fuera de los hospitales y es muy probable que hayan paranoicos que no lleguen a la consulta del psiquiatra. Los estados paranoides pueden mejorar, pero tienen tendencia a la periodicidad; por eso preferimos englobar a los curados y mejorados de este capítulo en la última calificacion; es decir, simplemente mejorados.

***Psicosis debidas o asociadas a infecciones.***

Psicosis debidas a infecciones (exceptuando psicosis con sífilis del sistema nervioso central).

Han ingresado en el quinquenio 42 casos-26 varones y 16 mujeres-que representan el 1.37% del total de ingresos.

Porcentaje en relación con el sexo.- 26 varones y 16 mujeres; varones 61.90%, mujeres 38.10% del total da ingresos de dicha entidad.

***Ingresos en relación con la raza.***

***Raza blanca.***—2-1 varón y 1 mujer-el 4.52% de estos ingresos-50% varones y 50% mujeres.

***Raza mestiza.***—31-23 varones y 11 mujeres-el 73.80% del total de ingresos dentro del rubro citado-64.51% varones y 35.49% mujeres.

***Raza india.***—7, 4 varones y 3 mujeres, 16.67% del total bajo este rubro estadístico. El 57.14% fueron varones y el 42.86% mujeres.

***Raza negra.***—1 ingreso en el quinquenio, el 2.38% del total; el 100% varones.

***Raza amarilla.*** 1 ingreso en el quinquenio, el 2.38% del total; el 100% varones.

***Porcentaje en relación con la edad.***

De 10 a 19 años, 7 casos, el 16.66% del total. Varones 6, el 85.71% de esta edad; mujeres 1, el 14.29.%

De 20 a 29 años, 17, el 40.48% del total. Varones 8, el 42.05%; mujeres 9, el 52.95%.

De 30 a 39 años, 6 casos durante el quinquenio, el 14.29% del total. Varones 4, el 66.66%; mujeres 2, el 33.34%.

De 40 a 49 años, 5, el 11.90% del total. Varones 2, el 40%; mujeres 3, el 60%.

Sin datos 2, el 4.70% del total. El 100% varones.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

Del Norte ingresaron 5 enfermos, el 11.90% del total; varones 4, el 80%; mujeres 1, el 20%.

Del Centro, 29 casos, el 69.05% del total. Varones 19, el 65.51%; mujeres 10, el 34.49%.

Del Sur 5, el 11.90% del total. Varones 1, el 20%; mujeres 4, el 80%.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa*, 1 ingreso, el 2.38% del total. 100% mujeres.

*Costa-Sierra*, 20 casos durante el quinquenio, el 47.72% del total. Varones 13, el 65%; mujeres 7, el 35%.

*Costa-Sierra-Selva*, 3 ingresos, el 7.14% del total. Varones 2, el 66.66%; mujeres 1, el 33.34%.

*Sierra*, 5 durante el quinquenio, el 11.90%. Varones 4, el 80%; mujeres 1, el 20%.

*Sierra-Selva*, 10, el 23.81% del total. Varones 5, el 50%; mujeres 5, el 50%.

*Extranjeros e ignorados*, 3 en el quinquenio, el 7.14%. Varones 2, el 66.66%; mujeres 1, el 33.34%.

*Estados de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 25 enfermos. Curados 3, el 12%; de estos 2 fueron varones, 66.66%; mujeres 1, 33.34%. Mejorados 4, el 16% del total. Varones 3, el 75%; mujeres 1, el 25%. Los curados y

mejorados hacen un total de 28% de todas las salidas, de las cuales el 71.42% son varones y el 28.58% mujeres.

Fallecidos, 18 durante el quinquenio, el 72% del total de salidas. Varones 11, el 61.11%; mujeres 7, el 38.89%.

A pesar de que las psicosis debidas o asociadas a infecciones (exceptuando la sífilis) no ofrecen un gran número de ingresos durante el quinquenio que estamos estudiando, sin embargo podemos apreciar los siguientes hechos:

Estas psicosis representan un porcentaje mínimo dentro de la estadística de entradas del hospital. El predominio de los varones es bien marcado. Desde el punto de vista de la raza hemos podido apreciar que dentro de los ingresos la raza india acusa un porcentaje de mujeres bastante alto, en comparación con los ingresos de otras razas. La raza mestiza acusa el más alto porcentaje de ingresos, el 73.10% del total. En los ingresos de raza amarilla y de raza negra sólo han habido varones. Es un hecho sumamente interesante el apreciar que los ingresos de blancos, negros y amarillos son muy escasos, siendo de estos un ingreso total de 4 casos, de los cuales 3, el 75%, fueron varones y 1, el 25%, mujer.

Desde el punto de vista de la edad, la que mayor porcentaje acusa es la comprometida entre los 20 y 29 años, con un total de 40.48% de los ingresos. Dentro de estas edades el mayor porcentaje correspondió a las mujeres con el 52.95%. Podríamos decir que la mayor afluencia en relación con la edad está dentro del período comprendido entre los 10 y 29 años, con un porcentaje global del 57.15%.

Desde el punto de vista de la relación geográfica podemos apreciar lo siguiente: según la primera división los mayores ingresos provienen de la zona del Centro, el 69.05%. De las zonas Norte y Sur ingresaron durante el quinquenio el mismo porcentaje de cada una de ellas, habiendo sido en los ingresos del Norte el 80% varones y el 20% mujeres y en la zona Sur lo inverso, el 20% varones y el 80% mujeres.

En la segunda división geográfica se aprecia que: de la Costa, el 100% ha sido mujeres, con un porcentaje global dentro del cómputo general muy pequeño, el 2.38%. El mayor porcentaje de ingresos correspondió a la zona Costa-Sierra con el 47.62%. Tanto de esta zona como de las de Costa-Sierra-Selva y Sierra, el predominio de ingresos fué de varones. En la región Sierra-Selva los ingresos estuvieron divididos 50% para cada sexo.

En las salidas vemos que los curados y mejorados tienen un porcentaje del 28% frente a los fallecidos que acusan un porcentaje del 72%, indicando esto el mal pronóstico que por una parte tienen estas psicosis y por otra las condiciones generales en que muchas veces llegan los pacientes al Hospital, por falta de asistencia adecuada, el

abandono de los mismos dentro de sus medios sociales y la poca facilidad de transporte al lugar más apropiado para su tratamiento. Con todo no creemos que el número de ingresados al Hospital durante el quinquenio por estos tipos de psicosis sean la expresión real del número de pacientes que sufren estos procesos en los diferentes lugares del territorio. Como en los demás procesos que hemos venido estudiando estas psicosis, desde el ángulo de los ingresos, no expresan con su número la realidad sobre ellas, pues muchas permanecen ignoradas o son tratadas en forma rudimentaria.

*Psicosis post-infecciosas.*

Han ingresado durante el quinquenio 11 casos, el 0.35% sobre el total general de los primeros ingresos. Varones 7 y mujeres 4, el 63.63% y el 36.37%, respectivamente, del total de ingresados con psicosis post-infecciosas.

*Ingreso según las razas.*

*Raza blanca.*- No hubo ingresos.

*Raza mestiza.*- 9 pacientes, el 81.82% del total. El 100% de ingresos de mujeres correspondió a esta raza.

*Raza india.*- 1 caso, el 9.09% del total. El ingreso fué varón.

*Raza negra.*- No hubo ingresos.

*Raza amarilla.*- 1 paciente varón durante el quinquenio, el 9.09% del total.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años, 3 pacientes, el 27.27% del total de los ingresos. Varones 2 y mujeres 1; el 66.66% y el 33.34% respectivamente de los ingresados dentro de estas edades. El 25% de las mujeres hospitalizadas correspondió a esta etapa.

De 20 a 29 años, 5 casos, el 45.45% del total. Varones 2 y mujeres 3, el 40% y el 60% respectivamente, dentro de estas edades. El 75% de los ingresos de mujeres correspondió a este cuadro.

De 40 a 46 años, 1 paciente, varón, el 9.09% del total, el 100% dentro de estas edades.

De 70 y más, 1 caso, varón, el 9.09% del total, el 100% dentro de este cuadro.

Ignorado 1, caso, varón, el 9.09% del total, el 100% dentro de esta

denominación.

Las tres cifras anteriormente citadas han representado, cada una, 14.29%de los ingresos de varones, o sea el 42.87% del total de entradas de varones.

*Ingreso según las regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte,* ingresaron 2 pacientes, el 18.18% del total, 1 varón y una mujer. Desde el punto de vista de los ingresos de esta región el porcentaje de cada sexo ha sido del 50%.

*Centro,* 8 pacientes, el 72.73% del total. Varones 5 y mujeres 3; porcentaje respectivo, dentro de los ingresos de dicha región, el 62. 50% y el 37.50%.

No hubo pacientes provenientes de la zona Sur.

*División Costa; Costa-Sierra; Costa-Sierra-Selva; Sierra; Sierra-Selva y Selva.*

*Costa,* 1 ingreso, el 9.09% del total. El porcentaje correspondió íntegramente a varones.

*Costa-Sierra.*- Durante el quinquenio se internaron 4 pacientes, el 36.36% del total. Varones 1, el 25% de los procedentes de esta región; mujeres 3, el 75%.

*Sierra.*- 1 ingreso, el 9.09 del total, varón.

*Sierra-Selva.*- 4 pacientes en el quinquenio, el 36.36% del total. En relación con los ingresos procedentes de esta zona el 75% fueron varones y el 25% mujeres.

*Extranjeros* 1, el 9.09% del total de sexo masculino.

*Estados de las altas al egresar.*

Durante el quinquenio salieron 10 pacientes, 6 varones y 4 mujeres, el 60% y 40% respectivamente.

Curados 4, el 40%. El 100% fueron mujeres.

Mejorados 5, el 50%. El 100% fueron varones. En relación con los egresos totales el porcentaje de varones es de 83.33%.

Fallecidos 1, el 10% del total, de sexo masculino, el 16.67% del total de salidas de varones.

*Conclusiones.*

Creemos que el número de internamientos por psicosis post-infecciosas no representa la expresión fiel del porcentaje de incidencia en el territorio de la República. Muchos permanecen dentro de los mismos hospitales generales y otros siguen su curso dentro de sus propios hogares en parte condicionado esto por el pronóstico favorable que las psicosis sintomáticas tienen.

Desgraciadamente, las diversas teorías que sobre las psicosis sintomáticas han sido enunciadas no aclaran en su totalidad el porqué se producen ni cuáles son los elementos psicológicos hereditarios, constitucionales, exógenos o endógenos, que las condicionan. No nos ocupamos aquí de las diferentes corrientes que existen al respecto, pues sería sumamente largo el hacerlo y no respondería a la índole del trabajo. Resulta sí evidente que no todos los individuos padecen en circunstancias determinadas psicosis sintomáticas, pues se requiere que hayan factores de reacción que acompañan o compliquen el cuadro.

En los datos expuestos sobre las psicosis debidas o asociadas a infecciones, hemos apreciado que su número era mayor que los que ahora comentamos. Las psicosis debidas o asociadas a infecciones y las psicosis post-infecciosas caen ambas bajo el rubro general de las psicosis sintomáticas. Quizás las dos difieran en cuanto al proceso de su génesis, pues mientras en las primeras la presentación ha seguido y ha acompañando al cuadro físico, las segundas han sido resultantes del proceso morboso pero posterior o inmediatamente después de él. Ambas formas se complementan y son expresiones de momentos diferentes en el curso de un cuadro clínico.

Si tomamos en consideración que han ingresado 42 enfermos con psicosis debidas o asociadas y 11 con psicosis post-infecciosas, lo que hace un total de 53 ingresos, 33 varones y 20 mujeres, representan estos en el cómputo total de todas las primeras admisiones un porcentaje del 1.73%. En estas cifras podemos observar que la mayor frecuencia en la presentación de las psicosis debidas o asociadas y en las post-infecciosas la edad o las edades que acusan un porcentaje mayor están entre los 20 y 29 años, con el 41.50% del total de ambas formas. La siguen las comprendidas entre los 10 y 19 años con el 18.86%. Podemos decir que la mayor frecuencia y la mayor labilidad para la presentación de estas formas comprenden desde los 10 a los 29 años; es decir, el final de la segunda infancia, la adolescencia y la juventud. Esta etapa en la que somática y psíquicamente el hombre se halla sujeto a cambios fundamentales tiene, por lo tanto, que ser igualmente la época más difícil y penosa frente a las múltiples circunstancias que lo rodean. La cifra porcentual que abarca los 10 a 29 años representa el 60.36% del

total de admitidos, es decir, las dos terceras partes.

Desde el punto de vista racial, ambas formas dan igualmente mayor porcentaje a los mestizos, con el 75.47%. La raza blanca sólo acusa el 3.87%, habiendo sido los ingresos por psicosis debidas a infecciones. La raza india tiene un porcentaje del 15.09%, representando las psicosis debidas a infecciones el 87.50% de sus ingresos. La raza negra tuvo un porcentaje del 1.88%, correspondiendo el ingreso a psicosis debidas a enfermedades infecciosas. La raza amarilla representa el 3.77% del total de ambas formas.

En la clasificación estadística por regiones, podemos apreciar que las zonas geográficas que mayor porcentaje acusan son, en la primera división, la zona del Centro con 69.81% y en la segunda, la zona Costa-Sierra con 45.28%. Le siguen, en la primera, la zona Norte con el 13.20% y en la segunda división, la zona Sierra-Selva con el 26. 41%. Esta predominancia geográfica que vemos manifestarse siempre en todos los cuadros estadísticos por las zonas del Centro, en la primera, y por las zonas Costa-Sierra y Sierra-Selva, en la segunda, de nuestros ingresados, se debe exclusivamente a la menor distancia y a las mejores facilidades de conducción a nuestro Hospital. Hay una neta dominancia de este factor geográfico que no está condicionado a la creencia, que podría desprenderse de esto, de que hay mayor número de enfermos en dichas zonas que en las demás regiones del país. Cuando analicemos los factores generales que intervienen en nuestro medio veremos esto en forma más amplia.

De los 35 pacientes salidos, el 62.85% fueron varones y el 37.15% mujeres. El porcentaje de curados fué del 20%, habiendo las mujeres acusado el 71.42% de estas salidas. El de mejorados fué del 25.71%; los varones presentaron una incidencia más elevada que las mujeres, pues a ellos correspondió el 88.88% de estas salidas. Observadas individualmente ambas psicosis vemos que en las debidas o asociadas a infecciones, el porcentaje entre curados y mejorados fué del 28% en tanto que en las post-infecciosas fué del 90%, lo que dice de la benignidad y pronóstico favorable de estas últimas, en tanto que de las primeras la porcentualidad de salidas está ocupada en forma prominente por las defunciones. El porcentaje total de fallecidos acusa el 54.28%, teniendo dentro las psicosis debidas o asociadas a infecciones el 94. 73% y las post-infecciosas el 5.27%. Estas cifras expresan que las psicosis infecciosas tienen en general mal pronóstico, dado el alto porcentaje de fallecidos en tanto que las post-infecciosas tienen mayor capacidad de recuperación y por lo tanto el pronóstico es favorable.

*Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*

*Psicosis seniles.*

Durante el quinquenio ingresaron 120 pacientes con este diagnós-

tico. No especificaremos dentro de este trabajo las formas clínicas de la psicosis senil. El porcentaje en relación con las primeras admisiones es del 3.92%.

*Porcentaje en relación con el sexo*.- De los 120 enfermos, 47 fueron varones y 73 mujeres, cuyo porcentaje respectivo es 39.17% y 60.83%, en relación con dichos ingresos. Estas cifras están indicando una incidencia muy superior dentro del sexo femenino.

*Raza blanca*.— Ingresaron 24 pacientes, el 20% del total de esta psicosis. Varones 9 y mujeres 15 con un porcentaje respectivo, en relación con la raza, del 47.50% y 62.50%.

*Relación entre raza y sexo*.

*Raza mestiza*.—Durante el quinquenio se internaron 75 pacientes, el 62.50% de los hospitalizados por esta psicosis. Varones 29 y mujeres 46, con un porcentaje, en relación con los ingresos de esta raza, del 38. 67% y 61.33%, respectivamente.

*Raza india*.— 11 enfermos, el 9.17% del total de esta psicosis. Varones 5 y mujeres 6, con un porcentaje del 45.46% y 54.54%, respectivamente. Estos porcentajes parecerían indicar que en la raza india existe en los dos sexos el mismo grado o la misma predisposición hacia las psicosis seniles, hecho que no se advierte en las otras razas en nuestro medio.

*Raza negra*.— 7 pacientes, el 5.83% del total de esta psicosis. Varones 1 y mujeres 6, con un porcentaje del 14.29% y 85.71%, respectivamente.

*Raza amarilla*.— 3 enfermos, el 2.50% del total. Varones 3, mujeres 0; el 100% fueron varones.

*Edad de los primeros ingresos*.

De 30 a 39 años, 1 paciente, el 0.83% del total de los ingresos. 100% varones.

De 40 a 49 años, 1 paciente, el 0.83% del total, varón (100%).

De 50 a 59 años, 23 pacientes, el 19.17% del total. Varones 8 y mujeres 15. Porcentaje respectivo: 34.79% y 65.21%.

De 60 a 69 años, 49 pacientes, el 40.83% del total. Varones 20 y mujeres 29. Porcentaje respectivo : 40.62% y 59.38%.

De 70 y más años, 40 enfermos, el 33.33% del total. Varones 15 y

mujeres 25. Porcentaje respectivo: 37.50% y 62.50%.

No hay datos. 6 pacientes, el 5% del total; varones 2, mujeres 4. Porcentaje respectivo: 33.34% y 66.66%.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*— De esta región ingresaron 15 enfermos, el 12.50% del total. Varones 8 y mujeres 7. Porcentaje en relación con la región: 53.33% y 46.67%.

*Centro.*— 76 pacientes, el 63.33% del total. Varones 28 y mujeres 48. Porcentaje en relación con la región: 36.85% y 63.15%.

*Sur.*— 16 enfermos, el 13.33% del total. Varones 3 y mujeres 13. Porcentaje en relación con la región: 18.75% y 81.25%.

*División Costa.- Costa-Sierra.- Costa-Sierra-Selva.- Sierra.- Sierra-Selva. - Selva.*

*Costa.*— 7 pacientes, 15.83%. Varones 2 y mujeres 5. Porcentaje en relación con la región: 28.58% y 71.42%.

*Costa-Sierra.*— 76 pacientes, el 63.33% del total. Varones 26 y mujeres 50. Porcentaje en relación con la región: 34.22% y 65.78%.

*Costa-Sierra-Selva.*— 3 enfermos, el 2.50% del tòtal. Varones 1 y mujeres 2. Porcentaje en relación con la región: 38.34% y 66.66%.

*Sierra.*— 4 pacientes, el 3.33% del total. Varones 0 y mujeres 4. 100% de mujeres en relación con la región.

*Sierra - Selva.*— Ingresaron 17 enfermos, el 14.17% del total. Varones 10 y mujeres 7. Porcentaje en relación con la región: 58.82% y 41.18%.

*Extranjeros e ignorados.*— Fueron internados 13 pacientes, el 10. 83% del total. Varones 8 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 61.53% y 38.47%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 133 pacientes, 46 varones y 87 mujeres; el 34.59% y el 65.41% respectivamente, en relación con dichas salidas.

Mejorados.—37, el 27.82% del total de salidas. Varones 7 y mujeres 30. Porcentaje respectivo: 18.92% y 81.08%.

Sin mejoría.— 18, el 13.53% del total de salidas. Varones 10 y mujeres 8. Porcentaje respectivo: 55.55% y 44.45%.

Fallecidos.— 78, el 58.65% del total de egresos. Varones 29 y mujeres 9. Porcentaje respectivo: 37.18% y 62.82%.

*Conclusión.*— Hemos visto que las psicosis seniles han representado el 3.92% del total de las primeras admisiones durante el quinquenio. El porcentaje mayor correspondió a las mujeres, con el 60.83% y el menor a los hombres con el 39.17%. La raza mestiza alcanzó el máximo de los internados con el 62.50%. Comparativamente con el número global de blancos, estos acusan un porcentaje relativo bastante elevado, 20%. La raza india, numéricamente mayor que la anterior, representó sólo el 9.17% del total de estas psicosis. Es interesante anotar que en estos los varones y las mujeres tuvieron porcentajes casi iguales, 45.46% los primeros y 54.54% las segundas. En la raza negra, las mujeres acusan una porcentualidad comparativamente mayor que las mujeres de las otras razas, el 85.71% de ingresos de esta raza. Es interesante anotar que la raza amarilla, que representó el 2.50% del total, tuvo todas sus admisiones exclusivamente de varones y sólo en 1941, pues en anteriores años, durante el quinquenio, no los hubo. Desde el punto de vista de la edad, el porcentaje mayor lo acusa la etapa comprendida entre los 60 y 69 años con el 40.83%, siguiéndola la que va de los 70 hacia arriba con el 33.33%. Es decir, la etapa que va de los 60 hasta pasados los 70 comprende el mayor número de las admisiones, el 71.16%. El período que va de los 50 a los 59 años presenta el 19.17% de las admisiones. Retrocediendo en la escala de los años, vemos decrecer bruscamente estas cifras y en la etapa que va de los 40 a los 49 años sólo hallamos el 0.83% de las admisiones. Las entradas en relación con la zona geográfica han mostrado que en la primera división la zona del Centro ha tenido el 63.33% y en la segunda división la región Costa Sierra idéntico porcentaje, 63.33%. En la primera división, tanto el Norte como el Sur han acusado porcentajes más o menos similares, 12.50% y 13.33%, respectivamente. En la segunda clasificación geográfica, la región Sierra-Selva es la que acusa el más alto porcentaje después de la región Costa-Sierra con el 14.17%. El número de extranjeros e ignorados fué del 10.83%. Desde el ángulo de los egresos, hemos visto que las mejorías alcanzaron el 27.82% y los salidos sin mejoría el 13.53%. Los fallecidos acusan el 58.65%, dadas las circunstancias en las que aparecen estas psicosis, la edad, el estado general de los pacientes.

La aparición de las psicosis seniles hasta los 50 años es rara, y más aun entre los 40 y 49 años; es interesante el ver cómo la raza blanca, numéricamente inferior a los otros tipos raciales, acusa un volumen de ingresos comparativamente superior a la india y proporcionalmente a la mestiza. Parece igualmente necesario señalar el mayor

número de mujeres en los ingresos. Según el censo de la República de 1940, en nuestro medio las mujeres están en relación a los hombres, 102 por cada 100 varones. La población del Perú que pasa de 60 años acusa un porcentaje del 6.38% según el mismo censo, teniendo los varones el 2.72% y las mujeres el 3.66%, y la población de ancianos, ocupa el segundo lugar, en tanto que en los Estados Unidos ocupa el primero. De acuerdo con este censo nuestra población puede catalogarse como joven en pleno proceso de crecimiento, y la de los Estados Unidos como una población estacionaria. Es interesante señalar estos datos, pues dentro de las admisiones hospitalarias en los Estados de la Unión, los primeros ingresos por psicosis seniles dan el porcentaje del 8.6% (Strecker y Ebaugh), de acuerdo a un estudio hecho a través de 100.000 primeras admisiones. En la estadística del Hospital "Víctor Larco Herrera" sólo han representado el 3.92% las psicosis seniles, con el 2.62% de varones y el 5.76% de mujeres. El número de estas primeras admisiones no representa el coeficiente real de ancianos que padecen de psicosis seniles en nuestro medio, pues hay una gran parte de ellos que permanecen sin atención médica, sometidos a una simple vigilancia familiar y por lo general no son reconocidos como tales enfermos dentro de la familia. De acuerdo con la experiencia clínica, las psicosis seniles tienen su mayor incidencia entre los 60 y 65 años de edad. Se admite que existe una tendencia familiar y que el alcoholismo favorece el pronto desarrollo de estas psicosis.

Las psicosis seniles se clasifican en varios tipos clínicos, y para la mejor comprensión de estos datos estadísticos, de preferencia los relativos a la edad, diremos que hay un tipo-Enfermedad de Alzheimer-que es una prematura deterioración senil, que puede iniciarse en el cuarto decenio de la vida.

*Psicosis involutiva.*

Durante el quinquenio ingresaron 25 pacientes, el 0.82% del total de primeras admisiones.

*Ingresos en relación con el sexo.*— Varones 9, mujeres 16. Porcentaje respectivo en relación con los ingresos por psicosis involutiva, 36% y 46%.

*Relación raza-sexo.*

*Raza blanca.*— 8 enfermos, el 32% del total. Las admisiones de esta psicosis en relación con la raza y el sexo han sido, varones 2 y mujeres 6. Porcentaje respectivo : 25% y 75%.

*Raza mestiza.*— 16 pacientes, el 64% del total. Relación raza-sexo: varones 6 y mujeres 10. Porcentaje respectivo en relación con la psicosis: 37.50% y 62.50%.

*Raza india.*— No hubo ingresos.

*Raza negra.*— No hubo ingresos.

*Raza amarilla.*— 1 paciente, el 4% del total. El ingreso fué 100% de varones.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 30 a 39 años.— 2 enfermos, el 8% del total. 50% varones y 50% mujeres.

De 40 a 49 años.— 12 enfermos, el 48% del total. Varones 3 y mujeres 9. Porcentaje respectivo en relación con la edad: 25% y 75%.

De 50 a 59 años.— 9 enfermos, el 36% del total. Varones 4 y mujeres 5. Porcentaje raspectivo en relación con la edad: 44.45% y 55.55%.

*Clasificación por regiones.*

*División geográfica Norte, Centro y Sur.*

De 60 a 69 años.— 2 pacientes, el 8% del total. 50% varones y 50% mujeres.

*Norte.*— Ingresaron 7 enfermos, el 28% del total. Varones 2 y mujeres 5. Porcentaje respectivo en relación con la región: 28.58% y 71.42%.

*Centro.*— 10 pacientes, el 40% del total. Varones 4 y mujeres 6. Porcentaje respectivo en relación con la región: 40% y 60%.

*Sur.*— 2 enfermos, el 8% del total. Varones 0, mujeres 2. El 100% de la región fueron mujeres.

*Costa.*— No hubo ingresos.

*Costa - Sierra.*— 9 enfermos, el 36% del total. Varones 3 y mujeres 6. Porcentaje respectivo en relación con la región : 33.34% y 66.66%.

*Costa-Sierra-Selva.*— 5 pacientes, el 20% del total. Varones 0 y mujeres 5, el 100% de los ingresos de esa región.

*Sierra.*— No hubo ingresos.

*Sierra-Selva.*— 5 enfermos, el 20% del total. Varones 3 y mujeres 2. Porcentaje respectivo en relación con la región: 60% y 40%.

*Selva.*— No hubo ingresos.

*Extranjeros e ignorados.*— 6 pacientes, el 24% del total. Varones 3 y mujeres 3. Cada uno con un porcentaje de 50%.

Durante el quinquenio egresaron 28 enfermos, 9 varones y 19 mujeres. Porcentaje respectivo en relación con las altas de esta psicosis: 32.15% y 67.85%.

Curados.— 4 pacientes, el 14.29% del total de egresos. Varones 0 y mujeres 4, el 100%.

Mejorados.— 13 pacientes, el 46.43% del total de salidas. Varones 4 y mujeres 9. Porcentaje respectivo : 30.77% y 69.23%.

Sin mejoría.— 4 pacientes, el 14.29% del total de salidas. Varones 2 y mujeres 2. Porcentaje : 50% respectivamente.

Fallecidos.— Durante el quinquenio se registraron 7 defunciones, el 25% del total de altas. Varones 3 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 42.86% y 57.14%.

*Conclusión.*

Hemos visto que la psicosis involutiva ha presentado el 0.82% del total de los primeros ingresos. Del total de estos ingresos correspondió el 36% y el 64% a varones y mujeres. Ingresos de raza blanca, el 32%, 25% varones y 75% mujeres; de mestizos, el 64%, 37%. 50% fueron varones y 62.50% mujeres, y de raza amarilla el 4%, un ingreso y varón. Estos datos estarían diciendo una mayor predisposición para esta psicosis de las mujeres y desde el punto de vista racial los de raza blanca. La ausencia de indios no descarta la posibilidad de presentación de esta psicosis dentro de su ámbito y sólo podríamos pensar en el abandono y desconocimiento en que viven estos enfermos dentro de ciertos tipos de comunidades. Las edades que mayor porcentaje han acusado han estado comprendidas entre los 40 y 49 años con el 48%. Es interesante anotar que entre los 40 y los 69 años, los ingresos indican que el 84% del total de ingresos por esta psicosis están comprendidos dentro de este período de la vida. Desde el punto de vista de la división geográfica, hemos podido observar que en la primera la zona del Centro tiene el mayor porcentaje, el 40%, siguiéndole la zona Norte con el 28%. En la segunda división, la zona Costa-Sierra acusa el 36%, siguiéndola las zonas Costa-Sierra-Selva y Sierra-Selva con el 20% cada una. En cuanto a las salidas, los mejorados tuvieron 46.43%, los curados y sin mejoría el 14.29% cada uno y los fallecidos el 25%.

*Otras psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina* (comprende : psicosis con enfermedades de las glándulas endocrinas, delirio de agotamiento,

psicosis con pelagra, psicosis con otras enfermedades somáticas).

Durante el quinquenio ingresaron 17 enfermos, el 0.55% del total de primeras admisiones. Varones 8 y mujeres 9. Porcentaje respectivo en relación con estas psicosis: 47.08% y 52.92%.

*Ingresos en relación con la raza y el sexo.*

*Raza blanca.*— 1 en el quinquenio, el 5.88% del total. 100% de esta raza de sexo masculino.

*Raza mestiza.*— 13 enfermos, el 76.47 % del total. Varones 5 y mujeres 8. Porcentaje en relación con la raza: 40% y 60%.

*Raza india.*— 2 pacientes, el 11.76% del total. Varones 2 y mujeres 0. Porcentaje en relación con la raza: 100% varones.

*Raza negra.*— 1 paciente, el 5.88% del total. Varones 0 y mujeres 1. Porcentaje en relación con la raza: 100% mujeres.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años.— 1 ingreso, el 5.88% del total. Porcentaje en relación de la edad con el sexo: 100% varones.

De 20 a 29 años.— 4, el 23.53% del total. Varones 1 y mujeres 3. Porcentaje en relación de la edad con el sexo: 25% y 75%, respectivamente.

De 30 a 39 años.— 8, el 47% del total. Varones 4 y mujeres 4. Porcentaje en relación de la edad con el sexo: 50%, respectivamente.

De 40 a 49 años.— 2, el 11.76% del total. Varones 1 y mujeres 1. Porcentaje en relación del sexo con la edad: 50%, respectivamente.

No hay datos.— 2, el 11.76% del total. Varones 1 y mujeres 1 Porcentaje respectivo: 50%.

*Ingresos según la región geográfica.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*— 3 de esta región, el 17.65% del total. Varones 0 y mujeres 3, el 100%.

*Centro.*— 12, el 70.59% del total. Varones 7 y mujeres 5. Porcentaje en relación con la región: 58.34% y 41.66%.

*Sur.*— No hubieron entradas.

***División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.***

*Costa.*— Hubo 1 ingreso, el 5.88%. Porcentaje en relación con el sexo: 100% varones.

*Costa-Sierra.*— 10 enfermos, el 58.62%; varones 5 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 50%.

*Costa-Sierra-Selva.*— 2, el 11.76% del total. Varones 0 y mujeres 2. Porcentaje 100% mujeres.

*Sierra.*— No hubo ingresos.

*Sierra-Selva.*— 2 el 11.76% del total. Varones 1 y mujeres 1. Porcentaje respectivo : 50%.

*Selva.*—No hubo ingresos.

*Extranjeros e ignorados.*— Fueron internados 2, el 11.76% del total. Varones 1 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 50%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 25 enfermos, de los cuales 10 fueron varones y 15 mujeres. El porcentaje respectivo, en relación con estas salidas, ha sido: varones 40% y mujeres 60%.

Curados.- 2, el 8% del total. Varones 0, mujeres 2, el 100% en relación con estas salidas.

Mejorados.- 5, el 20% del total. Relación de estas salidas con el sexo: varones 40% y mujeres 60%.

Sin mejoría.- 4 pacientes, el 16% del total. En relación con estas salidas, el porcentaje respectivo fué: varones 75% y mujeres 25%.

Fallecidos.- 14 enfermos, el 56% del total. En relación con estas salidas el porcentaje fué: varones 35.71% y mujeres 64.29%.

*Conclusión.*

En el porcentaje de primeras admisiones de las psicosis englobadas en este cuadro estadístico representan solamente el 0.55% del total. En algunas estadísticas americanas, especialmente en el cuadro de Strecker y Ebaugh, estas psicosis exhiben aproximadamente el 2% del total de primeras admisiones. Los varones dieron el 47.06% y las mujeres el 52.94%. Los mestizos acusaron el mayor porcentaje con

el 76.47%. Los siguió la raza india con el 11.76%. Tanto blancos como negros tuvieron, cada uno, el 5.88%. En las admisiones de raza india, todas fueron de varones. El único ingreso de raza blanca fué varón. El único ingreso de raza negra fué mujer. Desde el punto de vista de la edad, la etapa que acusa mayor porcentaje es la comprendida entre los 30 y 39 años, con el 47.06%. Le siguen la etapa comprendida entre los 20 a 29 años con el 23.53%. Es decir que hay una tendencia muy marcada entre los 20 a 39 años para presentar estos cuadros; en la etapa comprendida en los años citados, el porcentaje conjunto es de 70.59%. De 10 a 19 años el porcentaje fué del 5.88% y de 40 a 49 años del 11.76%. Desde el punto de vista geográfico en la primera división el mayor porcentaje está dado por la región del Centro con el 70.59%. Le sigue el Norte con el 17.65%. No hubo ingresos del Sur. En la segunda división, la región Costa-Sierra acusa el 58.82%. Siguen con idéntico porcentaje, el 11.76%, las regiones Costa-Sierra-Selva y Sierra-Selva. No hubo ingresos de la Sierra ni de la Selva. Los extranjeros e ignorados acusaron el 11.76%. En el cuadro de salidas, el 75% estuvo dado por las mujeres y el 25% por los varones. Entre curados y mejorados salieron el 28%, 8%, y 20%, respectivamente. El 56% fallecieron, lo que habla del mal pronóstico que tienen estas psicosis. Dentro del cuadro general que comprende estas psicosis, es interesante resaltar que las psicosis con pelagra acusan el 0.03% del total de ingresos y según las estadísticas de algunos hospitales americanos las primeras admisiones marcan el 0.05% del total de primeros ingresos.

Aunque nuestro trabajo está circunscrito al estudio de los primeros ingresos sin entrar en consideraciones de otra índole, no creemos que esté fuera de él el señalar la importancia de los factores carenciales en las psicosis como factor predisponente y desencadenante y como factor coadyuvante en la presentación y agravamiento de cuadros mentales. En nuestro hospital ha sido siempre preocupación de uno de nosotros (1) de estos problemas y el año 1922 señaló, por primera vez en nuestro medio, la pelagra al hacer los primeros diagnósticos clínicos. En las observaciones hechas en ese año señalamos la importancia de la alimentación y la frecuencia con que esta se presenta en los que rechazan alimentos, realizándose el círculo vicioso de rechazo de comida y presentación de pelagra continuando dicho rechazo por el estado pelagroso mismo. En la comunicación que hicimos ese año nos referimos igualmente a una serie de factores somáticos de gran importancia, tales como el escorbuto, el beri-beri, la tetania, los edemas sin retención de cloruros, la xeroftalmia, la hemeralopia. Entonces decíamos estas palabras que creemos no han perdido su valor : "El conocimiento de las vitaminas tiene que modificar el régimen de los normales y de los enfermos . . . ." Esto que dijimos en 1922, cuando el conocimiento y dosificación vitamínica no era de uso común en la clínica ha sido confirmado ampliamente. En nuestras observaciones sosteníamos que la pelagra era una avitaminosis, en contra de la opinión reinante de aquella época, y a pesar de los atisbos hechos por Funk

(1) Baltazar Caravedo.

diez años antes. Sólo en 1926 Goldberger pudo afirmar la existencia de factores "P-P" contenidos en la levadura, lo que demostraba experimentalmente el origen carencial de la pelagra.

El primero de nosotros (1) siempre estuvo interesado en los problemas concernientes a los factores alimenticios y a la causa de muerte en los alienados. Entre los años 1939 y 1941 se han presentado en el Hospital 200 casos de pelagra con un porcentaje de mortalidad del 16.50%. El escaso número de enfermos que ingresan con pelagra o con psicosis asociadas a pelagra no invalida para pensar que muchos enfermos son internados en estado carencial latente y que muchos cuadros mentales se hallan enmascarados por la patología de la nutrición. En un trabajo que hizo el segundo de nosotros (2) sobre demencia precoz encontramos que de los fallecidos durante los años de 1931 a 39 el 4.58% lo había sido por pelagra, ocupando el 4° lugar entre las grandes causas de muerte y el 5º entre la clasificación estadística general de nuestro trabajo.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.*

Durante el quinquenio ingresaron 22 enfermos, el 0.72% del total de primeras admisiones. De estos fueron 14 varones y 8 mujeres. Porcentaje respectivo en relación con estas psicosis: varones 63.63%-Mujeres 36.37%.

*Raza de los primeros ingresos.*

*Raza blanca.*— 8, el 36.36% del total. Varones 6 y mujeres 2. Porcentaje en relación con la raza: varones 75%-Mujeres 25%.

*Raza mestiza.*— 7, el 31.82% del total. Varones 4 y mujeres 3. Porcentaje en relación con la raza : varones 57.14%-Mujeres 42.86%.

*Raza india.*— 4, el 18.18% del total. Varones 1 y mujeres 3. Porcentaje en relación con la raza : varones 25% y mujeres 75%.

*Raza negra.*— 3, el 13.64% del total. Varones 3 y mujeres 0. El 100% de esta raza fueron varones.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 30 a 39 años, 2, el 9.09%. Varones 2 y mujeres 0. El 100% fueron varones.

---

(1) Baltazar Caravedo.

(2) Baltazar Caravedo (hijo). Algunas Consideraciones sobre la Esquizofrenia en el Perú. Lima, 1941.

De 40 a 49 años, 1 paciente, el 4.55% del total. Varones 0 y mujeres 1. El 100% de sexo femenino.

De 50 a 59 años, 2, el 9.09% del total. Varones 2 y mujeres 0. El 100% fueron varones.

De 60 a 69 años, 6, el 27.27% del total. Varones 4 y mujeres 2. Porcentaje respectivo en relación con la edad: varones 66.66% y mujeres 33.34%.

De 70 y más años, 11, el 50% del total. Varones 6 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: varones 54.54% y mujeres 45.46%.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*— Ingresaron 4 enfermos, el 18.18% del total. Varones el 100% de esta zona.

*Centro.*— 15, el 68.18% del total. Varones 9 y mujeres 6. Relación entre sexo y zona geográfica: varones 60% y mujeres 40%.

*Sur.*— No hubo ingresos.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva y Selva.*

*Costa.*— Ingresaron 2 enfermos, el 9.09% del total. El 100% varones.

*Costa-Sierra.*— 13 pacientes, el 59.09% del total. Varones 7 y mujeres 6. Porcentaje respectivo en relación con la región; varones 53.84% y mujeres 46.16%.

*Costa-Sierra-Selva.*— No hubo.

*Sierra.*— 1, el 4.55% del total. 100% varones.

*Sierra-Selva.*— 3 enfermos, el 13.64% del total. El 100% varones.

*Selva.*— No hubo.

*Extranjeros e ignorados.*— 3, el 13.64% del total. Varones 1 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 33.34% y 66.66%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 19 enfermos, 12 varones y 7 muje-

res. Porcentaje respectivo : 63.15% y 36 85%.

Mejorados.— 3, el 15.78% del total de salidas. El 100% varones.

Sin mejoría.— 2 enfermos, el 10.52%. El 100% varones.

Fallecidos.— 14, el 73.70%. Varones 9 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 64.28% y 35.72%.

*Conclusión*

Las psicosis debidas a trastornos de la circulación han representado el 0.72% del total de primeros ingresos. Este porcentaje se aparta de algunas referencias hechas por estadísticas americanas en las que se encuentra el 16% de psicosis con arterioesclerosis cerebral en el conjunto de primeras admisiones. Aquí, en la estadística que presentamos están comprendidas la psicosis con arterioesclerosis cerebral, la psicosis con embolia cerebral, la psicosis con enfermedad cardio-renal y otros tipos.

De estos ingresos, el 63.63% fueron varones y el 36.37% mujeres.

Desde el punto de vista racial, la raza blanca ha tenido mayor porcentaje que cualquier otra denominación racial, el 36.36%. Los varones representaron el 75% y las mujeres el 25% de estas entradas. La raza mestiza acusó el 31.82%, teniendo los varones el 57.14% y las mujeres el 42.86%. La raza india tuvo el 18.18%, habiendo acusado los varones el 25% y las mujeres el 75%. La raza negra tuvo el 13.64%, habiendo sido el 100% varones. Desde el punto de vista racial, la blanca y la negra tienen mayor predilección por los trastornos circulatorios. En la india se aprecia lo inverso y en la mestiza hay un equilibrio entre los dos sexos. Aunque el número de ingresos es exiguo, es un dato muy interesante de tenerse en cuenta para ulteriores observaciones y ver, dentro de un número mayor de enfermos, si esta relación es igualmente válida. La clínica general hace ver que la raza negra es muy afecta para ciertas lesiones circulatorias, lo que estaría demostrando predisposiciones genéticas. Desde el punto de vista de la edad, las etapas que mayor porcentaje alcanzaron fué de los 70 y más años con el 50%, y de los 60 a 69 años con el 27.27%; es decir que desde los 60 años hacia arriba el porcentaje de ingresos ha sido de 77.27%, mientras que entre los 30 y 59 años el porcentaje fué del 22.73%. Es interesante ver que en esta etapa señalada, 30-59 años, el 80% fueron varones y el 20% mujeres, mientras que de los 60 años en adelante el porcentaje de varones fué del 58.82% y el de mujeres del 41.18%. Esto indicaría que las manifestaciones psicóticas debidas a trastornos de la circulación tienen una preferencia por los hombres antes de llegar a la senectud que cuando esta sobreviene. No podemos dar una conclusión categórica, en cuanto a nuestro medio se refiere, debido a lo exiguo de las cifras, exigüidad que se debe a los múltiples factores con que se tropieza para que una gran mayoría de enfermos sean vistos en

nuestro Hospital y dado sobre todo el hecho de ser el único. Con todo, este dato que aquí exponemos es digno de tomarse en consideración para ulteriores investigaciones sobre esta materia.

En el aspecto geográfico, hemos visto que en la división primera el mayor porcentaje correspondió al Centro con el 68.18%. Del Sur no hubieron ingresos. En la segunda división geográfica, el mayor porcentaje lo dió la zona Costa-Sierra con el 59.09%. No se registraron ingresos de las zonas Costa-Sierra-Selva y de la Selva.

En cuanto a las altas, están diciendo el número de fallecidos el 73.70%, el mal pronóstico que tienen estas psicosis. Los mejorados alcanzaron el 15.78% y los sin mejoría el 10.52%. El pronóstico está dado por los factores físicos mismos y por la edad de los ingresos en el Hospital.

***Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociados con combios orgánicos.*** (Comprende: psicosis con esclerosis múltiple, psicosis con paralisis agitante, psicosis con corea de Huntington, psicosis con otras enfermedades del cerebro o nerviosas).

Durante el quinquenio ingresaron 15 enfermos, el 0.59% del total de primeras admisiones. Varones 10 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

***Raza de los primeros ingresos.***

***Raza blanca.***— 1 enfermo, el 6.67% del total. El porcentaje en relación de raza-sexo fué 100% varón.

***Raza mestiza.***— 12, el 80% del total. Relación raza-sexo : varones 8 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%. El 80% de los ingresos de varones fueron mestizos y el 80% de ingresos de mujeres fué de esta raza igualmente.

***Raza india.***— 2, el 13.33% del total. Relación raza-sexo: varones 1 y mujeres 1. Porcentaje respectivo : 50% y 50%.

***Edad de los primeros ingresos.***

Hasta 9 años.— 1, el 6.67% del total. Sexo masculino 1, 100% varones.

De 20 a 29 años.— 4, el 26.67%. El 100% fueron varones.

De 30 a 39 años.— 6, el 40% del total. Relación raza-sexo : varones 2 y mujeres 4. Porcentaje respectivo : 33.34% y 66.66%. El 80% del total de las mujeres ingresaron dentro de estos años.

De 40 a 49 años.— 2 enfermos, el 13.33% del total. El 100% de los ingresos fueron varones.

De 50 a 59 años.— 1 paciente, el 6.67% del total. El 100% de sexo masculino.

No hay datos.— 1 enfermo, el 6.67%. El 100% de sexo femenino.

*Clasificasión por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*— Ingresaron 2 enfermos, el 13.33% del total. El 100% fueron varones.

*Centro.*— 11, el 73.33% del total. Varones 7 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 63.63% y 36.37%. El 80% de las mujeres provino de esta zonas.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa.*— 1 ingreso, el 6.67% del total. 100% de sexo masculino.

*Costa - Sierra.*— 7 enfermos, el 46.67% del total. Varones 5 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 71.42% y 28.58%.

*Costa-Sierra-Selva.*— 1, el 6.67% del total. 100% de sexo masculino.

*Sierra-Selva.*— 3, el 20% del total. Varones 2 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

*Extranjeros e ignorados.*— 2, el 13.33% del total. Varones 1 y mujeres 1. Porcentaje: el 50% respectivamente.

*Conclusiones.*

Por los datos expuestos más arriba, hemos visto que esta psicosis no alcanzan en conjunto sino al 0.59% del total de las primeras admisiones. El porcentaje de varones fué del 66.66% y el de mujeres del 33.34%. En el porcentaje racial, la raza mestiza alcanzó el 80% y dentro de ella las mujeres acusaron el 80% de todos los ingresos de este cuadro. La raza india le siguió con el 13.33% y la blanca con el 6.67%. El porcentaje mayor según la edad estuvo dado por la etapa comprendida entre los 30 a 39 años con el 40%. Es interesante anotar que el 80% de los ingresos de mujeres fué dentro de esta etapa. Le siguió en porcentaje el período comprendido entre los 20 y 29 años con el 26.67%. Es decir que entre los 20 y 39 años los ingresos suman el 66. 67%.

De acuerdo a la división geográfica, en la primera, la zona del Centro acusó el mayor porcentaje con el 73.33%, habiendo sido el 80% de las mujeres procedentes de esta zona. En la segunda división, las regiones Costa-Sierra y Sierra-Selva tuvieron el 46.67% y el 20% respectivamente. Extranjeros e ignorados fueron el 13.33%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio han salido 11 pacientes, de los cuales 5 fueron varones y 6 mujeres, el 45.46% y 54.54%, respectivamente.

De este total salieron mejorados 5 pacientes y fallecidos 6, el 45.46% y el 54.54% respectivamente.

Fallecidos, 2 varones y 4 mujeres, el 33.34% y el 66.66%.

Mejorados, 3 varones y 2 mujeres, el 60% y el 40%.

Las psicosis debidas a neoformaciones no han sido consideradas en este cuadro estadístico, a pesar de que han debido estar incluídas dentro del rubro general que hemos tratado. Estas han representado 3 ingresos durante el quinquenio, lo que equivale al 0.10% sobre el total de primeros ingresos. El 66.66% fueron varones y 33.34% mujeres. El ingreso racial ha sido mestizo y su procedencia de la zona del Centro o Costa-Sierra. El tipo orgánico de lesión hace que las causas de salida de estos hayan sido sólo debidas a fallecimientos.

*Conclusión.*-Las psicosis anteriormente nombradas representan el 0 59% del total de primeros ingresos. La raza que mayor porcentaje alcanzó fué la mestiza con el 80% del total de sus ingresos, siguiéndole la india, el 13.33% y la blanca con el 6.67% La etapa vital de mayor incidencia ha estado comprendida entre los 30 y 39 años con el 40%, siguiéndole la que va de los 20 a los 29 años, con el 26.67% Es decir, que entre los 20 y 39 años el porcentaje representa el 66.67% de los ingresos de estas psicosis. Las zonas de mayor procedencia han sido en la primera división la región del Centro con el 73.33% y en la segunda la región Costa-Sierra con el 49.67%. Las altas demuestran que el pronóstico es malo siempre, está ensombrecido por el mayor número de fallecidos, el 54.54% y por la no mejoría de ninguno de los salidos vivos

***Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.- Psiconeurosis.***

***Histeria.***— Durante el quinquenio ingresaron 14 pacientes, el 0. 49% de los primeros ingresos. Varones 2 y mujeres 12, con un porcentaje respectivo del 14.29% y del 85.71%, en relación con este diagnóstico.

*Raza blanca.*— 2, el 14.29% del total. Varones 0 y mujeres 2, el 100% dentro de esta entidad racial.

*Raza mestiza.*— 11, el 78.57%. Varones 2 y mujeres 9. Porcentaje respectivo: 18.19% y 81.81%. El 100% de los ingresos de varones fueron mestizos.

*Raza india.*— No hubo.

*Raza negra.*— 1, el 7.14% del total. Varones 0 y mujeres 1, el 100% de los admitidos de esta raza.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años.— 2, el 14.29%, el 100% mujeres.

De 20 a 29 años.— 6, el 42.86%. El 100% mujeres.

De 30 a 39 años.— 4, el 28.57%. Varones 1 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 25% y 75%.

De 40 a 49 años.— 1, el 7.14%. El 100% de mujeres.

No hay datos.— 1, el 7.14%. El 100% varones.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*— Ingresos: 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*Centro.*— 11, el 78.57%. Varones 1 y mujeres 10. Porcentaje respectivo: 9.10% y 90.90%

*Sur.*— 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa.*— 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*Costa-Sierra.*— 10, el 71.43%. Varones 1 y mujeres 9. Porcentaje respectivo: 10% y 90%.

*Sierra-Selva.*— 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*Selva.*— 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*Extranjeros e ignorados.*— 1, el 7.14%. El 100% de sexo femenino.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 23 pacientes. Varones 1 y mujeres 22. Porcentaje respectivo, en relación con las salidas : 4.35% y 95.65%.

*Curados.*— 8, el 34.78%. Todos de sexo femenino.

Mejorados.— 11, el 47.83%. Varones 1 y mujeres 10. Porcentaje respectivo: 9.09% y 90.91%. El 100% de los varones correspondió a esta etiqueta de salida.

Sin mejoría.— 1, el 4.35%.

Fallecidos.-- 3, el 13.04%.

*Psicastenia o estados compulsivos*

Durante el quinquenio ingresaron 86 pacientes, el 2.80% del total de primeras admisiones.

Varones 42 y mujeres 44. Porcentaje respectivo en relación con las primeras admisiones bajo este diagnóstico : 48.84% y 51.16%.

*Raza de los primeros ingresos.*

*Raza blanca.*— 5. el 5.81%. Varones 1 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 20% y 80%.

*Raza mestiza.*— 69, el 80.23%. Varones 33 y mujeres 36. Porcentaje respectivo: 47.83% y 52.17%.

*Raza india.*— 8, el 9.30%. Varones 4 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 50% y 50%.

*Raza negra.*— 2, el 2.33% El 100% varones.

*Raza amarilla.*— 2, el 2.33%. El 100% varones.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años.— 5, el 5.81%. Varones 2 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 40% y 60%.

De 20 a 29 años.— 22, el 25.58%. Varones 13 y mujeres 9. Porcentaje respectivo: 59.09% y 40.91%.

De 30 a 39 años.- 25, el 29.07%. Varones 12 y mujeres 13. Porcentaje respectivo: 48% y 52%.

De 40 a 49 años.- 21, el 24.42%. Varones 9 y mujeres 12. Porcentafe respectivo: 48.86% y 57·14%.

De 50 a 59 años.- 7, el 8·14%. Varones 3 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 42.86% y 57.14%.

No hay datos - 6, el 6.98%. Varones 3 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 50% y 50%.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*- Ingresos: 17, el 19.77%. Varones 10 y mujeres 7. Porcentaje respectivo: 58.82% y 41.18%.

*Centro.*- 51, el 59.30%. Varones 20 y mujeres 31. Porcentaje respectivo: 39.22% y 60.78%.

*Sur.*- 11, el 12.79%. Varones 5 y mujeres 6. Porcentaje respectivo: 45.46% y 54.54%.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa.*- 6, el 6.98%. Varones 2 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 33.34% y 66.66%.

*Costa-Sierra.*- 40, el 46.51%. Varones 18 y mujeres 22. Porcentaje respectivo: 45% y 55%.

*Costa-Sierra-Selva.*- 5, el 5.81%. Varones 4 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 80% y 20%.

*Sierra.*- 5, el 5.81%. Varones 2 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 40% y 60%.

*Sierra-Selva.*- 22, el 25.58%. Varones 9 y mujeres 13. Porcentaje respectivo: 40.91% y 59.09%.

*Selva.*- 1, el 1.16%. El 100% de sexo femenino.

*Extranjeros e ignorados.*- 7, el 8.14%. El 100% varones.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 88 pacientes. Varones 33 y mujeres 55. Porcentaje respectivo en relación con las altas : 37.28% y 62. 72%.

Curados.- 24, el 27.27%. Varones 1 y mujeres 23. Porcentaje respectivo: 59.52% y 40.48%.

Mejorados.- 42, el 47.73%. Varones 25 y mujeres 17. Porcentaje respectivo: 59.52% y 40.48%.

Sin mejoría.- 7, el 7.95%. Varones 2 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 28.58% y 71.42%.

Fallecidos.- 15, el 17.05%. Varones 5 y mujeres 10. Porcentaje respectivo: 33.34% y 66.66%.

***Conclusiones.***

Las psiconeurosis han representado en los primeros ingresos el 3.26% de los totales, acusando la histeria el 0.46% y la psicastenia el 2.80%. Algunas estadísticas señalan como porcentaje total de las psiconeurosis el 2.40% de primeras admisiones. La histeria representa en nuestro cuadro general un porcentaje reducido en comparación con la psicastenia. En ambas formas los mestizos acusaron porcentajes respectivos del 78.57% y del 80.23%. La raza blanca, en comparación, acusó un porcentaje más alto en las primeras admisiones de histeria que en las de psicastenia, el 14.29% y el 5.81%. En la primera la raza india no tuvo ingresos y en la segunda el porcentaje de primeras admisiones fué del 9.30%, habiendo tenido ambos sexos igual porcentaje, el 50% de cada uno. El porcentaje de la raza negra fué en la primera del 7.14% y en la segunda del 2.33%. La raza amarilla tuvo ingresos por psicastenia con un porcentaje, en relación con este diagnóstico, del 2.33%.

Desde el punto de vista de la edad, en la histeria la etapa que mayor porcentaje acusó fué la comprendida entre los 20 y 29 añ os con el 42.86%, siguiéndole la etapa que va de los 30 a 39 años, con el 28.57%, lo que hace un total del 71.43%. En la psiconeurosis, los mayores ingresos están acusados primero entre los 30 y 39 años, con el 29.07%, segundo entre los 20 y 29 años con el 25.58% y tercero entre los 40 y 49 años con el 24.42%. Es decir, que hay una etapa que va de los 20 a los 49 años que presenta una incidencia más o menos constante y de porcentaje casi idéntico. Comparando los ingresos por mayor porcentaje según las edades tendríamos que en la histeria la mayor incidencia está entre los 20 y 39 años con el 71.43% y en la psicastenia entre los 20 y 49 años con el 79.07%. En la primera entidad el porcentaje preponderante es de sexo femenino, pues entre los 20 y 39 años el 10% es de varones y el 90% de mujeres en tanto que en igual etapa el 53.19% son varones y el 46.81% mujeres. Si comparamos todavía mejor la etapa comprendida entre los 20 y los 49 años en ambas formas de psiconeurosis veremos que en la histeria los varones sólo representan el 9.09%

y las mujeres el 90.91% y en la psicastenia o estados compulsivos ambos sexos acusan, cada uno, el 50% (34 varones y 34 mujeres).

Desde el punto de vista de la división geográfica en la primera división la zona del Centro presentó el más alto porcentaje, acusando el 78.57% en los ingresos de histeria y el 59.30% ;en los de psicastenia. En la segunda división la zona Costa-Sierra con el 71.43% y el 46. 51%, respectivamente. Es interesante anotar que en los ingresos de psicastenia ha habido una repartición casi equilibrada los ingresos de ambos sexos y que respecto a la relación con la zona geográfica han estado repartidos en las tres regiones en forma más o menos equilibrada.

En cuanto al estado de las altas vemos que de histeria salieron 23 pacientes, habiendo acusado las mujeres el 95.65% del total de salidas. De psicastenia hubieron 88 egresos, de los cuales los varones presentaron el 32.28% y las mujeres el 62.72%. De los salidos curados en la primera lo hicieron el 34.78% y en la segunda el 27.27%, en relación con los egresos respectivos de cada una de las dichas entidades. Mejorados salieron, respectivamente, el 74.83% y el 47.73,%. Sin mejoría, el 4.35% y el 7.95%. Fallecidos el 13.04% y el 17.05%. La predominancia del sexo femenino es más acentuada en la histeria que en la picastenia, la edad de mayor incidencia en la primera está comprendida entre los 20 y 39 años y en las segunda entre los 20 y los 49 años. Geográficamente las zonas del Centro y la región Costa-Sierra ha acusado en ambas el mayor porcentaje. En cuanto a las altas en la primera salieron entre curados y mejorados el 82.61% y en los segundos el 75%.

***Sin psicosis.- Personalidad psicopática.***

Durante el quinquenio ingresaron 99 pacientes, el 3.23% del total de primeros admitidos. De estos fueron 70 varones y 29 mujeres. Porcentaje respectivo, en relación con este diagnóstico : 70.70% y 29.30%.

***Ingresos en relación con la raza.***

***Raza blanca.***- 15, el 15.15%. Varones 9 y mujeres 6. Porcentaje respectivo: 60% y 40%.

***Raza mestiza.***- 75, el 75.75%. Varones 53 y mujeres 22. Porcentaje respectivo: 70.66% y 29.34%.

***Raza india.***- 2, el 2.02%. El 100% de esta raza varones.

***Raza negra.***- 3, el 3.03%. Varones 2 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

***Raza amarilla.***- 4, el 4.04%. El 100% de los ingresos varones.

*Edad de los primeros ingresos.*

Hasta 9 años.- 7, el 7.07% Varones 5 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 71.42% y 28.58%.

De 10 a 19 años.- 38, el 38.38%. Varones 24 y mujeres 14. Porcentaje respectivo; 63.15% y 36.85%.

De 20 a 29 años.- 26, el 26.26%. Varones 18 y mujeres 8. Porcentaje respectivo: el 69.26 % y el 36.74%.

De 30 a 39 años.- 14, el 14.14%. Varones 12 y mujeres 2. Porcentaje respectivo : 85.71% y 14.29%.

De 40 a 49 años.- 5, el 5.05%. Varones 4 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 80% y 20%.

De 50 a 50 años.- 2, el 2.02%. Varones 1 mujeres 1. Porcentaje respectivo: 50% y 50%.

De 60 a 69 años.- 2, el 2.02%. El 100% en esta etapa fué de varones.

No hay datos.- 5, el 5.05%. Varones 4 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: el 80% y el 20%.

*Ingresos en relación con la región geográfica.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*- 13, el 13.13%. Varones 10 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 76.92% y 23.08%.

*Centro.*- Ingresos: 61, el 61.62%. Varones 42 y mujeres 19. Porcentaje respectivo: 68.85% y 31.15%.

*Sur.*- 2, el 2.02%. Varones 1 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 50% y 50%.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa.*- Ingresos : 12, el 12.12%. Varones 9 y mujeres 3. Porcentaje respectivo: 75% y 25%.

*Costa-Sierra.*- 50, el 50.51%. Varones 34 y mujeres 16. Porcentaje respectivo: 68% y 32%.

*Costa-Sierra-Selva.*- 2, el 2.02%. El 100% de esta zona fueron varones.

*Sierra-Selva.*- 12, el 12.12%. Varones 8 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

*Extranjeros e ignorados.*- 23, el 23.23%. Varones 17 y mujeres 6. Porcentaje respectivo: 73.91% y 26.09%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Salieron 122 pacientes.

Sin psicosis: 122. Varones 78 y mujeres 44. Porcentaje respectivo : 63.93% y 36.07%.

Durante el quinquenio ingresaron 35 pacientes sin psicosis e igual número salieron durante esos cinco años. Estos ingresos representan el 1.14% del total de primeras admisiones, de las cuales fueron varones 23 y mujeres 14. Porcentaje respectivo, en relación con esta etiqueta: 65.71% y 34.29%.

*Conclusiones.*

Los ingresos de primeros admitidos han representado el 2.23%, con un total de 99 pacientes. Los varones acusaron el 70.70% y las mujeres el 29.30%. Los mestizos representaron el 75.75%, los blancos el 15.15%, los indios el 2.02%, los negros el 3.03% y los amarillos el 4.04%. La mayor incidencia según la edad está comprendida entre los 10 a 19 años con el 38.38%, siguiendo la comprendida entre los 20 a 29 años con el 26.26%. La curva que va desde la infancia hasta el final de la juventud, es decir desde antes de los 9 años hasta los 29 años, alcanza el 71.71% de las primeras admisiones de personalidad psicopática sin psicosis.

Desde el punto de vista de la distribución geográfica en la primera división la zona del Centro acusó el 61.62% de los primeros ingresos y en la segunda división la zona Costa-Sierra con un porcentaje del 50.51%.

Desde el punto de vista de los egresos, los pacientes sin psicosis salieron sin modificación alguna de su personalidad psicopática. El porcentaje de varones fué del 63.93% y de las mujeres del 36.07%.

*Psicosis no diagnosticadas.*

Durante el quinquenio ingresaron 168 pacientes, el 5.49% del total de primeros ingresos.

Varones 122 y mujeres 46, acusando un porcentaje respectivo, en relación con estas psicosis el 72.67% y el 27.33%.

*Ingresos según las razas.*

*Raza blanca.*- 24 pacientes, el 14.29% del total. Varones 20 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 83.33% y 16.67%.

*Raza mestiza.*- 115, el 68.45% del total. Varones 81 y mujeres 34. Porcentaje respectivo: 70.43% y 29.57%.

*Raza india.* 18, el 10.71% del total. Varones 10 y mujeres 8. Porcentaje respectivo: 55.55% y 44.45%.

*Raza negra.* 3, el 1.79%. Varones 3, el 100%.

*Raza amarilla.*- 8, el 4.76%. Varones 8, el 100%.

*Edad de los primeros ingresos.*

De 10 a 19 años.- 35, el 20.83%. Varones 24 y mujeres 11. Porcentaje respectivo: 68.57% y 31.43%.

De 20 a 29 años.- 41, el 24.40%. Varones 31, mujeres 10. Porcentaje respectivo: 75.60% y 24.40%.

De 30 a 39 años.- 29, el 17.26%. Varones 20 y mujeres 9. Porcentafe respectivo: 68.96% y 31.04%.

De 40 a 49 años.- 30, el 17.86% Varones 22 y mujeres 8. Porcentaje respectivo: 73.33% y 26.67%.

De 50 59 años.- 9, el 5.36%. Varones 7 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 77.77% y 23.23%.

De 60 a 69 años.- 6, el 3.57%. Varones 4 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

De 70 y más años.- 2, el 1.19%. Varones 2, el 100% de estos ingresos.

No hay datos.- 16, el 9.52%. Varones 12 y mujeres 4. Porcentaje respectivo: 75% y 25%.

*Clasificación por regiones.*

*División Norte, Centro y Sur.*

*Norte.*- Ingresos: 18, el 10.71%. Varones 13 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 72.22% y 27.78%.

*Centro.*- 108, el 64.29%. Varones 79 y mujeres 29. Porcentaje res-

pectivo: 73.14% y 26.86%.

*Sur*.- 13, el 7.74%. Varones 6 y mujeres 7. Porcentaje respectivo: 46.16% y 53.84%.

*División Costa, Costa-Sierra, Costa-Sierra-Selva, Sierra, Sierra-Selva, Selva.*

*Costa*.- Ingresos: 8, el 4.76%. Varones 7 y mujeres 1. Porcentaje respectivo: 87.59% y 12.50%.

*Costa-Sierra*.- 91, el 54.17%. Varones 61 y mujeres 30. Porcentaje respectivo: 67.03% y 32.97%.

*Costa-Sierra-Selva*.- 6, el 3.57%. Varones 4 y mujeres 2. Porcentaje respectivo: 66.66% y 33.34%.

*Sierra*.- 2, el 1.19%. Varones 0 y mujeres 2, el 100%.

*Sierra-Selva*.- 22, el 19.05%. Varones 26 y mujeres 6. Porcentaje respectivo: 81.25% y 18.75%.

*Selva*.- No hubo.

*Extranjeros e ignorados*.- 29, el 17·29%. Varones 24 y mujeres 5. Porcentaje respectivo: 82.75%.

*Estado de las altas al tiempo de egresar.*

Durante el quinquenio salieron 165 enfermos. Varones 118 y mujeres 47. Porcentaje respectivo: 70.90% y 29.10%.

Curados.—5, el 3.03% del total de egresados. El 100% mujeres.

Mejorados.—77, el 46.67% del total de altas. Varones 64 y mujeres 13. Porcentaje respectivo : 83.11% y 18.89%.

Sin mejoría egresaron 37, el 22.42% del total de salidas. Varones 25 y mujeres 12. Porcentaje respectivo : 67.56% y el 32.44%.

Fallecidos.—46, el 27.88% del total. Varones 29 y mujeres 17. Porcentaje respectivo : 63.04% y 36.96%.

*Conclusiones.*

El porcentaje de psicosis no diagnosticadas alcanzan el 5.49% del total de primeros ingresos. Por lo general, las estadísticas americanas señalan el 0.9% del total de primeras admisiones.

En este grupo se coloca los casos en que no es posible lograr un diagnóstico satisfactorio, y en que la psicosis debe por lo tanto considerarse como no clasificada. Lo más frecuente es que esto se deba a falta de datos para la historia clínica, inaccesibilidad del enfermo, o bien un período de observación muy breve. Desde luego, se presentan muchas casos en los cuales el cuadro clínico es muy obscuro y los síntomas muy irregulares, lo que impide hacer una buena clasificación. Asimismo, el número de psicosis no diagnosticadas podrá reflejar la actitud de los médicos, indicando o bien la insuficiencia de una cuidadosa recopilación de hechos y una observacion insuficiente, o tambien puede indicar una tendencia demasiado rígida para lograr una exactitud absoluta. De todos modos, nuestro porcentaje de psicosis no diagnosticadas es alto, y por lo mismo, tendríamos que aplicarla además por otras razones. No contamos con todos los elementos necesarios y nuestro personal técnico auxiliar es todavía escaso.

Cuando las condiciones mejoren dentro del campo psiquiátrico podremos contar con mayores elementos y seguramente el porcentaje de psicosis no diagnosticadas será mucho menor. El porcentaje de varones fué del 72.67% y el de mujeres del 27.33%.

De acuerdo con los ingresos raciales el porcentaje mayor lo acusaron los mestizos con el 68.45%; los siguen los de raza blanca con el 14.29%, la india con el 10.71%, la amarilla con el 4.76% y la negra con el 1.7%. La etapa de años con mayor porcentaje ha sido entre los 20 y 29 años con el 24.40%, siguiéndole la comprendida en los 10 y 19 años con el 20.83%. Después de los 30 años el porcentaje va disminuyendo sensiblemente hasta los 70 y más años. Las mujeres no han acusado en cuanto a raza y edad primacía sobre el sexo opuesto.

Desde el punto de vista de las regiones geográficas, en la primera división la zona del Centro ha acusado el 64.29% de los ingresos, siguiendole el Norte con el 10.71% y el Sur con el 7.74%. En la segunda división grográfica, la zona Costa-Sierra acusó el 54.05%. Sin datos de procedencia ingresaron el 17.25%.

Durante el quinquenio egresaron 165 pacientes, habiendo sido 70. 90% varones y 29.10% mujeres. Curados salieron el 3.03%, mejorados el 46. 67% y sin mejoría el 22.42%. Fallecidos egresaron 27.88%.

***Consumo de alcohol en los primeros ingresos.***

***Abstemios.***

Ingresaron 1231, el 40.22% del total.

Varones 529 y mujeres 702. Porcentaje en relación con el total de ingresos : 17.68% y 22.54%. Relación porcentual de abstemios : varones 42.97% y mujeres 57.03%.

*Temperantes*.-376, el 12.25% del total.

Varones 205 y mujeres 171. Porcentaje en relación con estos ingresos: varones 54.52% y mujeres 45.48%.

*Intemperantes*.-431. El 14.08% del total.

Varones 363 y mujeres 68. Porcentaje respectivo: varones 84.02% y mujeres 15.91%

No hay datos.—1022. El 33.39% del total.

Varones 665 y mujeres 357. Porcentaje respectivo: varones 65.06%. y mujeres 34.94%.

Si tomamos en consideración que el 33.39% no tiene datos sobre el consumo de alcohol, sólo quedan, para apreciar estadísticamente el porcentaje de consumo, 2038 pacientes, o sea el 66.61%. Haciendo un cálculo a base de los 2038 pacientes podemos sacar la siguiente cifra de porcentualidad:

Abstemios el 60.40%. Temperantes el 18.45% e intemperantes el 21.14%. Al Hospital han ingresado con psicosis debidas al alcohol 251 pacientes, el 8.20% del total de primeros ingresos. Con alcoholismo sin psicosis, 58, que representó el 1.95% lo que da, en conjunto, 309 enfermos, el 10.15%, que han padecido de desórdenes debidos al alcohol, frente al 21.14% de intemperantes, según la relación de los que tienen datos, y el 18.45% de temperantes. Es interesansante comprobar que el número de intemperantes es mayor que el de temperantes. Entre ambos hacen el 39.59% del total de primeros ingresos que tiene datos relativos al consumo de alcohol.

Podemos ver que el número de los que consumen alcohol, temperantes o intemperantes, es superior al de enfermos ingresados por desórdenes debidos al alcohol, con y sin psicosis. El consumo de alcohol es muy superior en varones que en mujeres; 568 han sido varones y 239 mujeres.

***Edad de los primeros ingresos clasificados de acuerdo con las psicosis principales.***

Para este cuadro estadístico se han tomado solamente las psicosis principales, con un total de 2979 enfermos ingresados por primera vez.

Hasta los 9 años.—72 pacientes, el 2.42% del total.

En este cuadro encontramos lo siguiente:

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—4, el 5.56% del total de esta edad.

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos.*—1, el 1.39%.

*Psicosis con deficencia mental.*—7, el 9.72%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—20, el 27.78%

*Deficencia mental.*—33, el 45.83%.

*Personalidad psicopática.*—7, el 9.72%.

De 10 a 19 años.—548 pacientes, el 18.30%. Aquí las causas han sido las siguientes:

*Parálisis general.*—3, el 0.55%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—5, el 0.91%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—7, el 1,28%.

*Psicosis post-infecciosas.*—3, el 0.55%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—1, el 0.18%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—53, el 9.97%.

*Psicosis debidas a perturvaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*—1, el 0,15%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Histeria.*—2, el 0,37%.

*Psicastenia.*—5, el 0,91%.

*Psicosis maníaco depresiva.*—16, el 2.92%.

*Demencia precoz.*—214, el 39.05%.

*Paranoia y estados paranoides.*—8, el 0.18%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—40, el 7.30%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—35, el 6.39%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—57, el 10.40%.

*Deficiencia mental.*—67, el 12.23%.

*Personalidad psicopática.*—38, el 6.93%.

De 20 a 29 años.—Ingresaron 863 pacientes, el 28.97% de los admitidos.

*Parálisis general.*—9, el 1.04%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—26 pacientes el 3.01%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—17, el 1.97%.

*Psicosis post-infecciosas.*—5, el 0.58%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—25, el 2.90%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—104, el 12.05%.

*Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*—4, el 0.46%.

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos.*—4, el 0.46%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Histeria.*—6 enfermos, el 0.70%.

*Psicastenia.*—22, el 2.55%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—31, el 3.59%.

*Demencia precoz.*—447, el 51.80%.

*Paranoia y estados paranoides.*—4, el 0.46%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—26, el 3.01%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—41, el 4.75%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—31, el 3.59%.

*Deficiencia mental.*—22, el 2.55%.

*Alcoholismo.*—13, el 3.59%.

*Personalidad psicopática.*—26, el 3.01%.

De 30 a 39 años.—Ingresaron 569 enfermos, el 19.10% del total.

*Parálisis general.*—31, el 5.45%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—19, el 3.34%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—6, el 1.05%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—77, el 13.53%.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.*—2, el 0.35%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—33, el 5.98%.

*Psicosis seniles.*—1 enfermo, el 0.18%.

*Psicosis involutiva.*—2, el 0.35%.

*Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*—8 enfermos, el 1.40% (*excluyendo : psicosis seniles y psicosis involutiva*).

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos.*—6, el 1.05%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Histeria.*—4. el 0.70%.

*Psicastenia.*—25, el 4.39%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—30, el 5.27%.

*Demencia precoz.*—214, el 37.61%.

*Paranoia y estados paranoides.*—7, el 1.23%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—10, el 1.76%.

*Psicosis no diagnasticadas.*—29, el 5.10%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia*—15, el 2.64%.

*Alcoholismo.*—23, el 4.01%.

*Deficiencia mental.*—12, el 2.11%.

*Personalidad psicopática.*—14, el 2.46%.

De 40 a 49 años.—Ingresaron 388 pacientes, el 13.02% del total.

*Parálisis general.*—45, el 11.60%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—22, el 5.67%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—5, el 1.29%.

*Psicosis post-infecciosas.*—1, el 0.26%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—74, el 19.07%.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.*—1, el 0.26%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—19, el 4.90%.

*Psicosis seniles.*—1, el 0.26%.

*Psicosis involutiva.*—12, el 3.09%.

*Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*—2, el 0.52%. (*Excluyendo : Psicosis seniles y psicosis involutiva*).

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociada con cambios orgánicos.*—2, el 0.52%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Histeria.*—1 enfermo, el 0.26%.

*Psicastenia.*—21, el 5.41%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—22, el 5.67%

*Demencia precoz.*—88, el 22.68%.

*Paranoia y estados paranoides.*—14, el 3.61%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—8, el 2.06%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—30, el 7.73%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—3, el 0.77%.

*Alcoholismo.*—10, el 2.58%.

*Deficiencia mental.*—2, el 0.52%.

*Personalidad psicopática.*—5, el 1.29%.

De 50 a 59 años.— Ingresaron 190 enfermos, el 6.38% del total.

*Parálisis general.*—27, el 14.21%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—8 enfermos, el 4.21%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—5 enfermos, el 12.63%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—46, el 24.41%.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.*—2, el 1.05%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—5, el 2.63%.

*Psicosis seniles.*—23, el 12.11%.

*Psicosis involutiva.*—9, el 4.74%.

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas*

*con cambios orgánicos.*—1 enfermo, el 0.53%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Psicastenia.*—7, el 3.62%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—8, el 4.21%.

*Demencia precoz.*—20, el 10.53%.

*Paranoia y estados paranoides.*—10, el 5.26%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—2, el 1.05%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—9, el 4.74%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—1, el 0.53%.

*Alcoholismo.*—4, el 2.11%.

*Deficiencia mental.*—1, el 0.53%.

*Personalidad psicopática.*—2, el 105%.

De 60 a 69 años.—Ingresaron 106 enfermos, el 3.56% del total.

*Parálisis general.*—11 enfermos, el 10.38%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—3, el 2.83%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—10, el 9.43%.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.* 6, el 566%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—2, el 1.89%.

*Psicosis seniles.*— 49, el 46.22%.

*Psicosis involutiva.* 2, el 1.89%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—4, el 3.77%.

*Demencia precoz*—5, el 4.72%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—6, el 5.66%.

*Sin psicosis.*

*Alcoholismo.*—5, el 4.72%.

*Deficiencia mental.*—1, el 0.94%.

*Personalidad psicopática.*—2, el 1.89%.

De 70 y más años.— Ingresaron 70 enfermos, el 2.35% del total.

*Parálisis general.*—5, el 7.15%.

*Psicosis con sífilis del sistema nervioso central. Otros tipos.*—2 enfermos, el 2.86%.

*Psicosis post-infecciosas.*—1, el 1.43%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—6, el 8.57%.

*Psicosis debidas a trastornos de la circulación.*—11, el 15.72%.

*Psicosis seniles.*—40, el 57.16%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—1, el 1.43%.

*Piscosis con deficiencia mental.*—2, el 2.86%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—1, el 1.43%.

No hay datos.—Ingresaron sin datos relativos a la edad 173 enfermos, el 5.71%.

*Parálisis general.*—11, el 6.36%.

*Picosis con sífilis del sistema nervioso central. Otro tipos.*—7, el 4.05%.

*Psicosis con otras enfermedades infecciosas.*—2, el 0.58%.

*Psicosis post-infecciosas.*—5, el 0.58%.

*Psicosis debidas al alcohol.*—12, el 6.94%.

*Psicosis debidas a desórdenes convulsivos.*—12, el 6.94%.

*Psicosis seniles.*—6, el 3.47%.

*Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.*—2, el 1.16%. (*excluyendo : psicosis seniles*).

*Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos.*—1, el 0.58%.

*Desórdenes psicógenos o sin causa ni cambio estructural claramente definido.*

*Histeria.*—1, el 0.58%.

*Psicastenia.*—6, el 3.47%.

*Psicosis maníaco-depresiva.*—5, el 2.89%.

*Demencia precoz.*—54, el 31.21%.

*Psicosis con deficiencia mental.*—11, el 6.36%.

*Psicosis no diagnosticadas.*—16, el 9.25%.

*Sin psicosis.*

*Epilepsia.*—4, el 2.31%.

*Deficiencia mental.*—15, el 8.67%.

*Personalidad psicopática.*—5, el 2.89%.

Haciendo un análisis sobre la mayor incidencia de los desórdenes mentales podemos apreciar elementos muy interesantes dentro de nuestro cuadro estadístico.

En primer lugar, hasta los 10 años hay un predominio de los ingresos por deficiencia mental y por psicosis debidas a deficiencia mental, que dan un porcentaje global, en relación con la edad del 55.55%, siguiéndole la epilepsia con el 27.78%. De los 10 a 19 años los mayores ingresos son por demencia precoz, el 39.05%, después las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y la epilepsia sin psicosis que en conjunto proporcionan el 20.07%; y las psicosis debidas a deficiencia mental y la deficiencia mental que en total dan el 19.53%. De los 20 a los 29 años los mayores ingresos los da la demencia precoz con el 51.80% y la epilepsia y las psicosis debidas a desórdenes convulsivos que en conjunto proporcionan el 15.64%. De los 30 a los 39 años el mayor porcentaje es de demencia precoz con el 37.61%.

Después las psicosis debidas al alcohol con el 13.53%, la parálisis general y otros tipos de sífilis del sistema nervioso central con el 8.79% y la epilepsia y las psicosis debidas a desórdenes convulsivos con el 8.62%. De los 40 a los 49 años los mayores porcentajes están representados por la demencia precoz con el 22.68%, por las psicosis debidas al alcohol con el 19.07%, la parálisis general y otros tipos de sífilis del sistema nervioso central con el 17.27%. De los 50 a los 59 años se aprecia un predominio de las psicosis debidas al alcohol con un porcentaje del 24.41%, siguiéndole la parálisis general y otros tipos de sífilis del sistema nervioso central con el porcentaje global del 18.42% y las psicosis seniles con el 12.11%, siguiéndole la demencia precoz con el 10.53% y las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y la epilepsia con un porcentaje global del 9.48%. De los 60 a los 69 años hay un predominio de las psicosis seniles con el 48.22%, siguiéndole la parálisis general y otros tipos de sífilis del sistema nervioso central con el porcentaje global del 13.21% y las psicosis debidas al alcohol con el 9.43%. De los 70 años en adelante la mayoría es de las psicosis seniles con el 57.16%,siguiéndole las psicosis debidas a trastornos de la circulación con el 15.72% y la parálisis general y otros tipos de sífilis del sistema nervioso central con el 10.01%.

Si apreciamos la incidencia de los trastornos mentales de acuerdo con las etapas de la vida, niñez, adolescencia, juventud, edad madura y vejez, tendremos las siguientes curvas de diagnóstico. Durante el período comprendido entre la infancia y la juventud, es decir los primeros 30 años de la vida, el predominio de los desórdenes mentales está dado por la demencia precoz en primer lugar, siguiéndole las psicosis debidas a desórdenes convulsivos y epilepsia y las personalidades psicopáticas. Si comparamos el porcentaje de ingresos totales de estas entidades con los ingresos dentro de los primeros 30 años tendremos la siguiente escala: demencia precoz 63.43% del total de esta entidad; psicosis debidas a desórdenes convulsivos y epilepsia el 71.62% del total con este diagnóstico y personalidades psicopáticas el 71.71% de estas. Las psicosis con deficiencia mental y la deficiencia mental han representado el 75.58% del total de los ingresos con este diagnóstico y las psicosis infecciosas y post-infecciosas el 60.32% de estos ingresos. Dentro del cuadro general de la clasificación de los desórdenes mentales las entidades que hemos anotado son las que presentan mayor incidencia dentro de la etapa que comprende los 30 primeros años de la vida.

Haciendo un balance de las principales entidades, entre los 30 y los 59 años, encontramos los siguientes porcentajes en órden de frecuencia: parálisis general el 63.86% de los ingresos con este diagnóstico; psicosis debidas al alcohol el 78.47% de estos. La psicosis maníaco-depresiva acusó el 51.28% de estos ingresos dentro de esta etapa; la demencia precoz el 30.90% del total de este diagnóstico; la psicastenia o estados compulsivos presenta, en esta etapa, el 61.62% del total con este diagnóstico; las psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos el 60% del total de estos ingresos. Las psicosis debidas a perturbaciones

del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina, el 58.83%; excluyendo la psicosis involutiva que da el 92% del total con este diangnóstico. Las psicosis debidas a trastornos de la circulación el 22.72%. Estos han sido los mayores porcentajes, según la clasificación americana, de las psicosis presentadas durante esta etapa.

De los 60 años en adelante los mayores ingresos están dados por las siguientes entidades : psicosis seniles el 74.16% y las psicosis debidas a trastornos de la circulación el 77.27%.

Durante las etapas de la infancia, de la adolescencia y de la juventud se puede apreciar que los desórdenes convulsivos y la demencia precoz dominan en la presentación clínica. Otro hecho sumamente interesante es el de las personalidades psicopáticas cuya etapa de ingresos se hace dentro de los 9 a los 29 años. Habla esto de la gran importancia que tiene el despitaje de una serie de factores psíquicos en la infancia y la adolescencia que por lo general son muy mal comprendidos dentro del ámbito social. Las psicosis infecciosas y post-infecciosas parecen tener preponderancia en su presentación durante las etapas mozas de la vida. Esta es la etapa de los mayores ingresos por deficiencia mental y por psicosis debidas a deficiencia mental. Los procesos luéticos empiezan a ascender en la curva de presentación. La histeria, los estados compulsivos tienen igualmente un ángulo de incidencia bastante alto en esta época. En la edad madura el predominio es de la parálisis general y de los otros tipos de sífilis del sistema nervioso central, de las psicosis debidas al alcohol, la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva. Le siguen las psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina y las psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos. Conjuntamente con la parálisis general y la psicosis alcohólica, las psicosis involutivas adquieren un gran predominio sobre esta etapa, teniendo como la demencia precoz en la juventud el mismo significado que en la edad madura dichas psicosis involutivas. En la vejez el mayor número lo da las psicosis seniles y las psicosis debidas a trastornos de la circulación.

*Salidas definitivas.*— Durante el quinquenio egresaron 3,710 pacientes. Varones 2,085 y mujeres 1,625. Porcentaje respectivo 56.20% y 43.80%.

*Curados.*— 477, el 12.93% del total. Varones 107 y mujeres 370. Porcentaje respectivo: 22.44% y 77.46%.

*Mejorados.*— 1,314 el 35.94% del total. Varones 856 y mujeres 458. Porcentaje respectivo: 65.14% y 34.86%.

*Sin mejoría.*— 259, el 70.7%. Varones 168 y mujeres 91. Porcentaje respectivo: 64.86% y 45.14%.

*Sin psisosis.*— Salieron 406, el 10.77% del total. Varones 289 y mujeres 117. Porcentaje respectivo: 71.18% y 28.82%.

*Fallecidos.*— Durante el quinquenio fallecieron 1,254 pacientes, el 33.28% del total. Varones 665 y mujeres 589. Porcentaje respectivo: 53. 03 % y 46.97%.

*Concluciones sobre las salidas.*— En el curso de los cinco años ingresaron 3,060 pacientes y salieron 3,710. Hemos podido apreciar también que entre curados y mejorados salió el 48.87%.

Los salidos sin psicosis han representado el 10.77%, los sin mejoría el 7.07% y los fallecidos el 33.28%. Si tomamos en consideración solamente la estadística de los salidos vivos y excluímos la de los fallecidos tedremos la siguiente tabla de porcentualidad: curados en relación con los salidos vivos 19.41% y mejorados en relación con los salidos vivos el 53.51%. Esta dos cifras dan el siguiente cuadro global de curados-mejorados: 72.92%. Es decir, que aproximadamente las tres cuartas partes de los salidos vivos están involucrados dentro de la estadística de curados-mejorados. El 27.08% de los salidos vivos está dado por los enfermos sin psicosis y sin mejoría.

Aunque es difícil establecer comparaciones entre los índices de egresados debido a que, por lo general, las características de los establecimientos para enfermos de la mente difieren, porque la proporción de de egresados es más del tipo del paciente recibido que del tipo del cuidado suministrado.

Sin embargo, las cifras que anotamos a continuación, comparadas con las nuestras, expresan que no son vanos los esfuerzos de todos nosotros y que podríamos realizar una labor más eficiente si nuestro Hospital no estuviera sobrepoblado, a más del doble de su capacidad, y no tuviéramos que soportar el peso de una poblacion muy apreciable de crónicos.

En el Estado de Nueva York, según datos estadísticos del año 1941, ha egresado el 40.9% de curados; 30% de muy mejorados y el 19% de mejorados, es decir, que el 89.9% de la población de internados han beneficiado del tratamiento psiquiátrico.

En cuanto al número de defunciones es elevado, 117.06 por mil asistidos. La proporción de defunciones en un hospital para enfermos de la mente depende en primer lugar de la condición y de la edad de los pacientes. Los hospitales, como el nuestro, que admiten pacientes ancianos y aquellos que sufren de trastornos graves exhiben una proporción más elevada de muertes que los hospitales que reciben enfermos más jóvenes y físicamente mejor conservados.

La proporción total de defunciones para todos los desórdenes mentales en los Estados Unidos es de 70.2 por mil bajo tratamiento y

se llega a la conclusión que para todos los que adolecen de enfermedades mentales la proporción de defunciones es casi ocho veces más grande que para la población general.

En este trabajo hemos intentado dar una informacion, sobre las enfermedades mentales en el Perú en forma no realizada antes entre nosotros, fundándonos en datos estadísticos, del Hospital "Víctor Larco Herrera", que abarcan un período de 5 años, y que hemos comentado estudiando someramente todas las cuestiones sociales y médicas a fin de dar a conocer nuestra actual situación en materia de higiene mental, y sirva al mismo tiempo para establecer un plan de todo lo que precisa contemplar, para que cualquier programa de acción tenga las bases necesarias. Ya hemos dicho en otra oportunidad que las estadísticas institucionales no expresan en sí la magnitud del problema de los trastornos de la mente, en cualquier país, ya sea porque muchos enfermos graves no concurren a las instituciones de asistencia, ya porque los trastornos leves son atendidos en el domicilio o no reciben asistencia o concurren adonde médicos no especialistas por creer que no sufren de enfermedad nerviosa alguna. Sin embargo, los datos estadísticos representan índices que deben tomarse en seria consideración.

La psiquiatría se preocupa por el estudio y tratamiento de los desórdenes mentales desde los síntomas más leves que se manifiestan en las primeras etapas, con el fin de corregir estos estados e impedir su desarrollo y la higiene mental trata de utilizar los conocimientos obtenidos del estudio de los trastornos tanto graves como leves, para formular los principios de salubridad mental que al ser aplicados impiden el desarrollo de dichos trastornos y fomentan la evolución de personalidades sanas. El problema es pues, más complejo de lo que se piensa y abarca un campo extenso cuyas dimensiones no es posible fijar por ahora; se trata de comprender al ser humano como un organismo en acción, y la estructura e integración de la personalidad con sus rasgos normales y anormales, transitorios o permanentes, lo que sólo se puede lograr mediante la investigación de las relaciones con el hogar, la escuela, el trabajo o cualquier otro contacto.

Asimismo, para la comprensión necesitamos de otras disciplinas que expliquen la manera como está integrado el individuo, ya que esto desempeña papel definido en la determinación y a la vez en el modo que una persona haya de adaptarse a su familia, a su trabajo y a la sociedad, por eso la psiquiatría necesita de las ciencias básicas para determinar los factores constitucionales que crean el fondo y las condiciones bajo las cuales surgen esos trastornos que determinan los problemas que deben investigarse y las actitudes de los estudiosos que Lewis enumera así: 1ª, la actitud analítica y la interpretativa que considera al individuo como una entidad biológica; 2ª, el concepto de que la organización de la personalidad desde la infancia hasta la vida adulta debe estudiarse totalmente para comprender los estados mentales y las reacciones normales y patológicas; 3ª, la cuidadosa investigación de la herencia y del medio ambiente, y las adaptaciones y equilibrios

entre estos grupos numerosos de factores; 4ª, el avalúo de las enfermedades físicas, y la búsqueda de posibles lesiones orgánicas del cerebro y alteraciones en su funcionamiento; 5ª, el intento de revelar los mecanismos y el significado especial del comportamiento y de las ideas manifestadas por los pacientes psicóticos y neuróticos; 6ª, las clínicas de orientación de la niñez y el estudio del niño problema con el fin de descubrir los trastornos mentales, defectos y cambios de personalidad, temperamentos y caracteres extraños que pueden haber existido a temprana edad; 7ª, los aspectos sociales de los trastornos de la mente, en particular aquellos que conducen a la delincuencia juvenil, a la carera del crimen; 8ª, los fines especiales hacia la prevención de los trastornos de la mente en la comunidad; 9ª, la educación del público por medio de exhibiciones, charlas y conferencias con el propósito de "educar a los educadores": médicos, sacerdotes, pedagogos y periodistas, es decir, aquellas personas de la comunidad a quienes acuden los demás cuando no van adonde el psiquiatra. El periodista debe conocer los hechos y orientarse en este campo, a fin de que pueda ofrcer exposiciones más exactas sobre la materia, ya que tanta gente obtiene de los periodicos casi todos sus informes sobre los asuntos del mundo; 10ª, la clase de educación médica y de enfermería que corresponde a los especialistas en psiquiatría.

El estudio estadístico que hemos llevado a cabo nos ha permitido apreciar algunos datos de interés para un trabajo de mayor detenimiento, ya que el presente sólo puede considerarse como un informe previo con el fin de tomar contacto con aquellos elementos necesarios para una comprobación de más dilatados alcances. Este podríamos denominarlo, como en la estadística científica, un trabajo piloto, es decir, que nos orienta por rutas definidas en prosecución de una labor determinada. Hemos visto que durante un quinquenio han ingresado solamente 3,060 enfermos por primera vez en nuestro único Hospital para enfermos mentales. Esta cifra no expresa nuestra realidad en el campo psiquiátrico. Asimismo, el número de internados está muy lejos de los cálculos internacionales, que fija por lo general el número de camas para enfermos mentales al rededor de 3 a 4 por mil de la población de un país, y expresa también en forma elocuente que es necesario llevar a la práctica un programa bien estructurado que contemple nuestras necesidades, sobre la asistencia de: alienados, epilépticos y niños psicópatas y olígofrenicos, en establecimientos especiales, que deberán levantarse también para alcohólicos y para narcómanos, programa de asistencia y custodia de los pacientes, como un paso hacia la realización de otros puntos importantes dentro de un programa de higiene mental. Un plan de esta naturaleza reclama personal especializado: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentas sociales, laborterapeutas y otros, que es necesario preparar de acuerdo con las necesidades de los diversos establecimientos que tendrían que funcionar en la República, teniendo presente la proporción de un psiquiatra por cada 100 enfermos y una enfermera por cada 10 pacientes. Sin referirnos, por ahora a otra clase de personal.

La realizción de un programa como el que esbozamos, que com-

prendería hospitales, institutos, colonias, granjas, escuelas y organismos de higiene y profilaxia mentales, podría desarrollarse dentro de un período no mayor de 15 años, comenzando por las necesidades más urgentes, que son: ampliar el Hospital "Victor Larco Herrera", dotándolo de todos los recursos, preparar el personal médico y técnico auxiliar para los nuevos establecimientos y levantar tres hospitales regionales, uno para el Sur, en Arequipa; otro para el Norte, en Lambayeque; y otro para el Oriente, en Iquitos.

Como datos ilustrativos, diremos que los hospitales de los Estados Unidos tienen actualmente la mitad de sus camas ocupadas por enfermos mentales. El Estado de Massachusetts con una población de 4 millones de habitantes, casi la mitad del Perú, posee 42 instituciones entre públicas y privadas, donde reciben asistencia más de 30,000 enfermos mentales. En la Argentina (1) deberían estar alojados en hospitales y colonias de la especialidad 35,000 alienados. Nosotros con una población probable según el índice menor 3 por mil, de 21,000 pacientes en estado de internamiento, sólo tenemos un Hospital para toda la República con un poco mas de 1,600 enfermos. Esto expresa la grave crisis que atraviesa el Perú en materia de asistencia de los enfermos mentales. No es posible pensar y permanecer indiferente ante esta situación de tanto significado médico-social, que requiere el concurso económico del Estado y de todos aquellos que tengan un sentido profundo de la cooperación para resol ver este problema que tiene que afrontar el Hospital "Víctor Larco Herrera", dependiente de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y que se encuentra sobrepoblado en más del doble de su capacidad, y las provisiones que se están tomando para aliviar su estado no resuelve el inmenso problema que nos preocupa, pues la mayoría de los enfermos mentales del país seguirán aislados de todo beneficio terapéutico, ya que en el resto de la República no hay lugares especiales ni personal médico especializado, ni siquiera existe el suficiente número de médicos para la asistencia general de los problemas diarios de la Sanidad Pública. El 67% de los médicos están en Lima, según el Dr. Paz Soldán, y el resto diseminados por el territorio. Además la asistencia no solamente involucra el ambiente hospitalario; sus funciones van más allá de este radio, ella avanza hacia los centros de prevención. Todo esto nos lleva a insistir sobre la necesidad de formular un programa de Higiene Mental que contemple las necesidades del país, como lo ha propuesto uno de nosotros (2) en diversas oportunidades a través de 30 años. De otro modo es tomar falsas vías o dar la impresión de que el problema no se puede resolver refugiándose en las soluciones parciales.

De lo expuesto es fácil deducir que la solución consiste fundamen-

(1) Revista Argentina de Higiene Mental. Mayo de 1945.

(2) Baltazar Caravedo.

talmente en la construccion de nuevos establecimientos, creando al mismo tiempo organismos encargados de la higiene y profilaxia mentales, de acuerdo con un programa de desarrollo progresivo. Desde luego habría que continuar preparando al personal, lo que permitiría estudiar mejor cada región, porque discutir ahora sobre el número mayor o menor de enfermos que necesitan internamiento, es poner obstáculos a la obra, es perder el tiempo, porque en nada atenúa el grave y doloroso problema de los enfermos de la mente, ya que el Perú no puede apartarse tanto de los índices internacionales. Por eso, no debemos sorprendernos de que el único establecimiento público que tenemos para esta asistencia, donde concurren alienados, epilépticos y niños psicopáticos y oligofrénicos siga aumentando su población, porque puede decirse que solo tiene la décima tercera parte de los que necesitan estar internados, de manera que si no tomamos las medidas del caso el problema se irá agravando cada vez más y sería lamentable que transcurra el tiempo sin que se realicen los esfuerzos indispensables para llevar a cabo un programa que debe comprender todo lo relacionado con la higiene mental.

Ya en 1932, decíamos, uno de nosotros (1) refiriéndonos al Hospital "Víctor Larco Herrera": Como se puede ver, la situación es grave, y es necesario proceder de acuerdo con un plan que contemple: las cuestiones de urgencia, que ponga remedio a los inconvenientes que resultan del hacinamiento actual en los Servicios del "Régimen Común", levantando nuevos edificios, y lo que se debe hacer en el futuro. Hemos manifestado en diversas oportunidades, que la centralización de la asistencia de alienados en Lima, no está de acuerdo con los preceptos científicos que aconsejan la asistencia precoz, ni es humanitario traer enfermos desde regiones apartadas, alejándolos de su ambiente y de sus familiares, por tiempo indeterminado. El año pasado, ingresó un paciente enviado de Iquitos que, en el trascurso del viaje mejoró de los trastornos mentales debidos a una infección palúdica, el mismo que se tuberculizó, falleciendo poco tiempo después. Otro enfermo de la misma procedencia fué traído en estado de suma gravedad, y murió a los tres días de su ingreso; y así podría multiplicar los ejemplos, que dicen de la falta de asistencia en el país y de la inutilidad o del peligro de realizar largos viajes. Por eso, es conveniente levantar hospitales regionales para enfermos de la mente, establecer instituciones para menores y centros de higiene y profilaxia mentales, para extender la asistencia a toda la República, e iniciar una labor preventiva, porque hasta el momento, la providencia social en el Perú, se reduce a la asistencia casi siempre tardía y centralizada en Lima".

"Es indudable que la baja proporción de enfermos internados acusa, por desgracia, el número elevado de enfermos mentales que se encuentran libres, seguramente la mayor parte de ellos sin asistencia, lo que depende como se ha dicho antes, de la ignorancia o del egoísmo

(1) Baltazar Caravedo.

de las familias. Todo el que haya recorrido el territorio de la República, y aún Lima misma, habrá tenido ocasión de ver el número consideraqle de enfermos mentales que deberían ser recluídos o, por lo menos, sujetos a ciertas normas de existencia, con el propósito de no aumentar el número de degenerados, de débiles mentales, de inferiores, de desequilibrados". Y en 1933, como Presidente de la Liga Peruana de Higiene Mental (1) expresabamos: "Procurar en nuestro país, el mejoramiento progresivo de la manera de asistir y tratar a los enfermos mentales; cuidar de la salud psíquica sobre la que descansa la eficiencia individual y colectiva; estimular el desarrollo de las cualidades morales e intelectuales de las fuerzas dirigentes y, preparar a las generaciones venideras, creando un ambiente más propicio a su formación física y mental, es un deber indeclinable de todos los que viven preocupados por el adelanto, de todos los que se interesen por los destinos del Perú, y que participen del movimiento de renovación espiritual que en él se opera, fijando su atención en estos momentos en los problemas médicos sociales; porque es necesario elevar el nivel mental de nuestro pueblo, preservándolo de las causas físicas y psíquicas que perturban el equilibrio orgánico y social. Y para alcanzar este objetivo, es indispensable seguir las enseñanzas de la higiene mental, que encierra posibilidades infinitas y que se ha convertido en una fuerza poderosa para el progreso, abarcando los campos de todas las actividades del espiritu humano".

---

(1) Baltazar Caravedo.

## BIBLIOGRAFIA

ALBERTO ARCA PARRO. *Censo Nacional.* 1940. Lima.

JULIUS BAUER. *Constitution and disease.* New York. 1942.

JORGE. BASADRE. *La Multitud, la ciudad y el campo en la historia del Perú.* Lima. 1929.

CLARA BASSETT. *Mental Hygiene In The Community.* New York. 1938.

CLIFFORD W. BEERS. *A Mind That Found Itself.* 1935. New York.

BENEDICT RUTH. *El Hombre y la Cultura.* 1939. Buenos Aires.

G. BOSCH. *El Pavoroso Aspecto de la Locura en la Argentina.* Buenos Aires. 1931.

WALTER BROMBERG. *La Mente del Hombre.* 1940. Buenos Aires.

CHARLES BRADLEY. *Schizophrenia in childhood.* New York. 1942.

BOLETIN DE EDUCACION SANITARIA. *Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.* Nos. 100 y 101. Abril y Mayo de 1943. Caracas.

KARL BOWMAN. *California's Psychiatric Survey Spells Hope For The Mentally Ill. The Modern Hospital.* August 1945. Chicago.

CENSUS OF BUREAU. *Secretary.* U. S. Department of Commerce Washington. 1944.

BALTAZAR CARAVEDO. *Aumento del número de internados en el Hospital "Víctor Larco Herrera".* Lima. 1943.

BALTAZAR CARAVEDO. *Tratamiento Social de los Enfermos de la Mente.* "Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. Septiembre - Octubre 1942. México, D. F.

BALTAZAR CARAVEDO. *Hospital "Víctor Larco Herrera". Aumento de la población de internados.* "Boletín de Higiene Mental". Año 1, Nº. 4. Lima. 1932.

BALTAZAR CARAVEDO. *Organización de la Asistencia de los Alienados.* Lima. 1937.

BALTAZAR CARAVEDO. *Algunos Datos Sobre Higiene Mental en el Perú.*

Lima. 1936.

BALTAZAR CARAVEDO. *Proyecto de Ley de Higiene Mental.* Lima. 1944.

BALTAZAR CARAVEDO. *El Servicio Social en la Asistencia de los Enfermos de la Mente.* Lima. 1939.

BALTAZAR CARAVEDO. *Asistencia de los toxicómanos en los Estados Unidos.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". Nºs. 1-2-3-4. Lima. 1940.

BALTAZAR CARAVEDO. *Organización de los Hospitales para enfermos de la mente.* Lima. 1944.

BALTAZAR CARAVEDO. *Asistencia de los alcohólicos en los Estados Unidos.* "Archivos Peruanos de Higiene Mental". Tomo V. N°s. 1-2-3-4. Lima. 1941.

BALTAZAR CARAVEDO. *Liga Peruana de Higiene Mental.* Lima. 1933.

BALTAZAR CARAVEDO. *Memorias de la Dirección del Hospital "Víctor Larco Herrera".* Lima.

BALTAZAR CARAVEDO Y BALTAZAR CARAVEDO (hijo). *El problema de los Niños Anormales y la Higiene Mental Infantil en nuestro medio.* Ponencia Oficial. Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Lima. 1943.

BALTAZAR CARAVEDO (hijo). *Fundamento y fines de la Clínica de Orientación de la Niñez.* "Boletín del Instituto Nacional del Niño". Año II, Nº 27, Julio, Agosto, Setiembre 1942. Lima.

BALTAZAR CARAVEDO. (hijo). *Algunos problemas de psiquiatría militar.* "Boletín de la Escuela Militar. 1942. Chorrillos.

BALTAZAR CARAVEDO (hijo). *Algunas Consideraciones sobre la Esquizofrenia en el Perú.* Lima. 1941.

LUIS CARRANZA. *Colección de Artículos de viaje.* 1885. Lima.

DAYTON. *News Facts Mental Disorders.* Springfield. Ill., 1940.

JAMES FRAZER. *La Rama Dorada (estudio sobre magia y religion) Fondo de Cultura Económica.* México. 1944.

F. GRANDE y M. PERALTA. *Avitaminosis y Sistema Nervioso.* Madrid, Barcelona. 1941.

GESELL ARNOLD. *Developmental Diagnosis.* New York. 1941.

R. D. GILLESPIE. *Phychological effects of war on citizen and soldier.* New York. 1942.

HENRY GEORGE. *Essential of Psychiatry.* Baltimore. 1941.

LEO KANNER. *Child Psychiatry. Second Printing. Springfield, Illinois.* 1932.

LEVY-BRUHL L. *La Mentalidad Primitiva*, Buenos Aires. 1945.

LINTON RALF. *Estudio del Hombre*. México. 1942.

MEMORANDUM ON THE FUTURE ORGANIZATION OF THE PSYCHIATRY SERVICES. *British Medical Journal*. London, June 16 1945.

EMILIO MIRA LOPEZ. *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires. 1942.

J. MORAGAS. *Las Oligofrenias*. Madrid-Barcelona. 1942.

MANUEL MUÑIZ. *Asistencia Pública de los Enajenados*. Lima. 1897.

JOSE ORTEGA y GASSET. *La Rebelión de las Masas*. Buenos Aires. 1933.

CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN. *Las Relaciones del Estado con el Médico en el Perú*. La Reforma Médica. 2a. quincena. Julio de 1945.

CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN. *Memoria de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina*. Lima. 1943.

RAYMOND PEARL. *Un Examen Comparativo de ciertos aspectos de las poblaciones del Mundo. Estadística*. Diciembre 1943 México, D. F.

JAMES PLANT. *Psiquiatría y Educación*. Washington. 1937.

JAMES PLANT. *Personality and the Cultural Pattern*. New York. The Commonwealth. 1937.

CLIFTON T. PERKINS. *Annual Report of the Commissioner of Mental Health. The Commonwealth of Massachusetts. Mass. 1940.*

HORATIO POLLOK. *Mental Disease and Social Welfare*. New York. 1941.

VICTOR ROBINSON. *The Story of Medecin*. New York. 1944.

HENRIQUE ROXO. *Ideas actuais sobre psiquiatría*. Arquivos Brasileiros de Higiene Mental. Novembro 1944. Río de Janeiro.

HENRY E. SICERIST. *La Medicina Socializada en la Unión Soviética*. La Habana. 1944.

BERNHARD STERN. *Los progresos de la Sociedad y la Medicina*. Buenos Aires. 1944.

STRECKER and EBAUGH. *Clinical Psychiatry*. Phyladelphia. 1935.

E. STRECKER. *Fundamentals of Psychiatry*. Phyladelphia. 1942.

FRANK J. SLADEN *Psychiatry and the War. Springfield, Illinois*, Baltimore, Maryland. 1943.

TOULOUSE-DUPOUY-MOINE. *Statistique de la Psichopatie. Annales Médico-Psychologiques*. Decembre 1930, Paris.

JUAN FRANCISCO VALEGA. *La Pelagra o Enfermedad de Casal.* Lima. 1944.

VALLEJO NAGERA A. *Psicosis sintomáticas.* Madrid, Barcelona. 1941.

KIMBALL YOUNG. *Social Psychology.* New York. 1944.

ZUBIN and SCHOLZ. *Regional differences in the hospitalization and care of patients with mental diseases.* Washington. 1940.